

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Gestão em Enfermagem

A Cultura de Segurança do Cliente nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados

Susana Marisa Lourenço dos Santos

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Gestão em Enfermagem

A Cultura de Segurança do Cliente nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados

Susana Marisa Lourenço dos Santos

Professor Doutor Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas

2015



“Verba volant, scripta manent” *

Provérbio Latim

* As palavras voam, os escritos permanecem

Agradecimentos

A realização desta Dissertação de Mestrado marca o final de uma das etapas mais importantes da minha vida, pelo que não posso deixar de reconhecer e agradecer:

- Ao Professor Pedro Bernardes Lucas, orientador do estudo, que, com a sua atenção e disponibilidade, me transmitiu os seus conhecimentos e experiência e me motivou a investir nesta área.
- Aos meus pais, irmã, namorado e amigos, um sincero e profundo sentimento de gratidão pelo amor incondicional e apoio tão incomensurável quanto os próprios. Sem o vosso amparo nos momentos mais íntimos e a vossa força e motivação nos momentos mais críticos, esta caminhada teria sido mais árdua.
- Às minhas colegas de trabalho, Helena e Bruna, pela imensa paciência que demonstraram e pelas suas valiosas opiniões.
- A todos os enfermeiros que aceitaram colaborar neste estudo.
- Em último lugar, mas o mais importante, a Deus, por tudo!

RESUMO

A segurança do cliente, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, tem assumido, nos últimos anos, um interesse particular, não só para os clientes que desejam sentir-se seguros, mas também para os gestores e profissionais de saúde que tencionam prestar cuidados seguros, efetivos e eficientes.

Em Portugal, as Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) são um dos contextos de internamento, sobre o qual a investigação ainda é residual na área da qualidade dos cuidados e segurança do cliente, o que constitui uma problemática complexa que merece uma análise detalhada dos seus mecanismos e processos envolvidos. A criação e a manutenção de uma cultura de segurança possibilitam a melhoria efetiva da segurança do cliente. Com base nestes pressupostos, a questão de investigação do presente estudo é: “Qual a cultura de segurança do cliente nas UCCI?”.

Dada a natureza da problemática, este estudo é quantitativo, observacional-descriptivo e transversal. A população-alvo é constituída por 86 enfermeiros, de 10 UCCI, tendo-se obtido uma taxa média de resposta de 72%, através da aplicação do questionário *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture* (NHSPSC). O objetivo geral deste estudo é avaliar a cultura de segurança do cliente, percecionada pelos enfermeiros das UCCI.

Dos resultados conclui-se que os enfermeiros percecionam que os clientes são bem cuidados, que os profissionais trabalham em equipa, que as organizações reconhecem o erro e desenvolvem estratégias para a sua resolução e que os superiores hierárquicos preocupam-se com os problemas de segurança. No entanto, verifica-se que ainda perpetua um ambiente punitivo, o que promove a subnotificação do erro, dificultando assim a aprendizagem organizacional.

A cultura de segurança do cliente nas UCCI apresenta assim pontos fortes e oportunidades de melhoria com diferentes graus de prioridade. Os enfermeiros gestores devem encontrar estratégias para promover ou melhorar a cultura de segurança do cliente, consciencializando-se que desempenham um papel fulcral na determinação do ambiente da prática profissional das UCCI.

Palavras-chave: Cultura de Segurança; Segurança do Cliente; Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

ABSTRACT

Patient safety, as a key component of quality care, has taken, in recent years, a particular interest, not only for patients who want to feel safe, but also for managers and health professionals who intend to provide safe, effective and efficient care services.

In Portugal, Long-Term Care Units (LTCU) are one of many degrees of care, in which the investigation is still residual in the area of quality of care services and patient safety, which is a complex problem that deserves a detailed analysis of its mechanisms and all the processes involved. The creation and maintenance of a safety culture enables effective improvement of patient safety. Based on these assumptions, the survey question of this research study is: "What is the patient safety culture in LTCU?".

Given the nature of the problem, this study is quantitative, observational, descriptive and cross-sectional. Participants are 86 nurses, of 10 LTCU, yielding an average rate of 72% response throughout the application of the questionnaire Nursing Home Survey on Patient Safety Culture (NHSPSC). The aim of this study is to evaluate the patient safety culture, as perceived by nurses of LTCU.

After analyzing the results, it is concluded that nurses perceive that patients are well looked after, that professionals work in teams, organizations recognize their errors and develop strategies to address them and that the staff seniors are concerned about safety issues. However, it appears that a punitive environment still exists, which leads to an under-reportage of errors, which complicates the organizational learning.

Patient safety culture in the LTCU has, therefore, notable strengths and also various opportunities for improvement, all with varying degrees of priority. The nurse managers must find strategies to promote or improve patient safety culture, raising awareness that should execute a key role in determining the professional practice environment.

Key Words: Safety Culture; Patient Safety; Long-Term Care Units.

ABREVIATURAS

ed. – edição

nº – número

p. – página

vol. – volume

s.d. – sem data

SIGLAS

AHRQ – *Agency for Healthcare Research and Quality*

APEGEL – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança

DGS – Direção-Geral da Saúde

EUA – Estados Unidos da América

ICN – *International Council of Nurses*

IOM – *Institute of Medicine*

JCAHO – *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*

LTC – *Long-Term Care*

LTCU – *Long-Term Care Units*

NH – *Nursing Home*

NHSPSC – *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture*

NREM – *Nursing Role Effectiveness Model*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UC – Unidade de Convalescença

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
-------------------------	----------

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	5
---	----------

1. GESTÃO EM ENFERMAGEM	6
2. CULTURA DE SEGURANÇA DO CLIENTE.....	13
3. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	23

PARTE II - TRABALHO EMPÍRICO	31
---	-----------

1. METODOLOGIA DO ESTUDO.....	32
1.1 Questão de investigação	32
1.2 Objetivos do estudo	32
1.3 Local do estudo	33
1.4 População-alvo	34
1.5 Procedimentos de análise e tratamento de dados	35
2. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	36
3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	39
3.1 Características sociodemográficas da população-alvo	39
3.2 Distribuição de respostas por dimensão	46
4. CONCLUSÕES.....	63

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
---	-----------

ANEXOS

APÊNDICES

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição total de respondentes por UCCI.....	40
Gráfico 2 – Distribuição da amostra por género.....	40
Gráfico 3 – Distribuição da amostra por idade	41
Gráfico 4 – Distribuição da amostra por categoria profissional	42
Gráfico 5 – Distribuição da amostra por tempo de atividade profissional	42
Gráfico 6 - Distribuição da amostra por tipologia de internamento	43
Gráfico 7 - Distribuição da amostra pelo número de horas que trabalha por semana ...	43
Gráfico 8 – Distribuição da amostra por frequência de turno	44
Gráfico 9 – Distribuição da amostra por entidade pela qual é paga	44
Gráfico 10 - Distribuição da amostra por interação direta com o cliente	45
Gráfico 11 - Avaliação global da UCCI	45
Gráfico 12 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Trabalho em Equipa.....	47
Gráfico 13 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Pessoal.....	49
Gráfico 14 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Conformidade com os Procedimentos	50
Gráfico 15 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Formação e Capacitação da Equipa.....	51
Gráfico 16 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Resposta não Punitiva ao Erro	52
Gráfico 17 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Transmissão de Informação nas Passagens de Turno.....	53
Gráfico 18 - Distribuição da amostra quanto à dimensão <i>Feedback</i> e Comunicação sobre a Existência de Incidentes.....	55
Gráfico 19 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Abertura para a Comunicação	56

Gráfico 20 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Expectativas dos Superiores Hierárquicos em relação à Promoção da Segurança do Cliente.....	57
Gráfico 21 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Percepção Geral da Segurança do Cliente	58
Gráfico 22 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Apoio da Gestão para a Segurança do Cliente.....	59
Gráfico 23 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Aprendizagem Organizacional	60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição geográfica das UCCI participantes no estudo	33
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Tipologias, lotação, dotações das UCCI participantes e taxa de resposta ...	34
Tabela 2 - Dimensões do NHSPSC e respectivos itens de pesquisa	36
Tabela 3 - Distribuição da amostra por opinião sobre a segurança da UCCI.....	46
Tabela 4 - Distribuição da amostra em relação às percentagens positivas por dimensão e comparação com estudo da AHRQ (2011)	61

INTRODUÇÃO

Atualmente, nas organizações de saúde assiste-se a um constante aumento da exigência e das necessidades dos clientes¹, que aliado aos novos desafios tecnológicos, obrigam os profissionais de saúde à mobilização permanente de competências e à tomada de decisão sistemática (Margarido, 2013; Parreira, 2005). Nestas circunstâncias, a probabilidade de ocorrência de um evento adverso aumenta, sendo que na área da saúde os eventos adversos podem provocar danos graves ou mesmo a morte do cliente (Huber, 2006).

A Segurança do Cliente, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, tem assumido, nos últimos anos, um interesse particular, não só para os clientes que desejam sentir-se seguros quanto aos cuidados de saúde que recebem, mas também para os gestores e profissionais de saúde que tencionam prestar cuidados seguros, efetivos e eficientes (Fragata, 2011).

O relatório “To Err is Human” do *Institute of Medicine* (IOM) teve um impacto muito grande, a nível mundial, ao revelar que 44 a 98 mil americanos morriam em cada ano por erros decorrentes da prestação de cuidados (IOM, 2000). Esta constatação intensificou a preocupação com a segurança do cliente, pelo que, desde então, os investigadores têm-se dedicado a estudar as intervenções que minimizam o erro e que melhoram a segurança nas organizações de saúde (Fragata et al, 2006; Huber, 2006).

O IOM sugere que para existirem sistemas de saúde mais seguros, onde se verifique o relato dos eventos adversos sem receio de punição e a oportunidade de aprendizagem com o erro, é necessário investir na mudança da cultura de segurança do cliente, uma vez que a prestação de cuidados seguros é fortemente influenciada pelo ambiente da prática profissional (Handler et al, 2006; Huber, 2006; Smits, Wagner, Christiaans-Dingelhoff, Wal & Groenewegen, 2008). Neste sentido, a cultura de segurança do cliente é reconhecida atualmente como um modelo determinante para a Qualidade em Saúde.

De acordo com o Despacho N.º1400-A/2015 (p. 3882-3), “a melhoria da cultura de segurança do ambiente interno das instituições prestadoras de cuidados de saúde é

¹ Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001), o termo cliente designa a pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem, sendo percecionado como um participante ativo.

um imperativo e uma prioridade consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde”.

Segundo a *World Health Organization* (WHO), a cultura de segurança é, para além de um estilo e de uma competência de gestão, um produto de valores individuais e de grupo, de atitudes, de perceções e de padrões de comportamento, que determinam o compromisso da instituição para com a segurança do cliente (WHO, 2009).

A cultura de segurança é também uma cultura informada, em que as pessoas que gerem e operam o sistema possuem conhecimento profundo sobre os fatores humanos, técnicos e organizacionais. Nas organizações de saúde, este tipo de conhecimento por parte dos enfermeiros gestores é imprescindível para a manutenção da segurança do cliente e para consecução dos objetivos organizacionais, uma vez que a sua liderança influencia a *performance* de toda a sua equipa.

A avaliação e a monitorização da cultura de segurança da organização são essenciais para identificar áreas de melhoria e introduzir mudanças de comportamento dos profissionais, para que existam valores partilhados sobre segurança e antecipação de eventos adversos.

A Gestão em Enfermagem surge como uma estratégia importante e primordial para a qualidade dos cuidados prestados e para o ambiente da prática profissional de enfermagem. Pertencendo ao grupo profissional mais representativo na saúde, o enfermeiro gestor desempenha um papel fundamental no processo assistencial e de gestão, podendo através das suas funções, colaborar eficazmente na implementação e consolidação de uma cultura de segurança (Huber, 2006).

Esta temática é sustentada, no que se refere ao Cuidado de Enfermagem, pelo Modelo de Adaptação de Roy, por revelar a responsabilidade do enfermeiro em termos da promoção da segurança e da qualidade, ao avaliar os estímulos, ao estabelecer intervenções e ao proceder à sua aplicação e avaliação. Deste modo, o enfermeiro promove a adaptação do indivíduo a estímulos que possam alterar o seu estado e, consequentemente, alterar os resultados obtidos (Roy & Andrews, 2001).

Ao nível da Gestão em Enfermagem, esta temática é sustentada pelo *Nursing Role Effectiveness Model*, um modelo desenvolvido por Doran, Sidani e Hall em 1998, a fim de possibilitar uma análise mais completa da contribuição da enfermagem no sistema de saúde. Este modelo tem na sua base variáveis de estrutura, processo e

resultado, o que permite uma avaliação compreensiva dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Doran, Sidani, Keatings & Doidge, 2002).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, dirige-se a pessoas em situação de dependência que necessitam de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitadora ou paliativa, prestados por um conjunto de respostas, entre as quais se encontram as unidades de internamento (Portaria nº 174/2014, de 10 de setembro). Em Portugal, este é um dos contextos de internamento, sobre o qual a investigação ainda é residual na área da qualidade dos cuidados e segurança do cliente. Neste sentido, surge a necessidade de produzir conhecimento, pois só conhecendo o real problema se poderá proceder à sua prevenção, correção e assim evitar a sua recorrência.

A segurança do cliente, considerada mundialmente um grave problema de saúde pública, constitui uma problemática complexa que merece uma análise detalhada dos seus mecanismos e processos envolvidos. A criação e a manutenção de uma cultura de segurança possibilitam a melhoria efetiva da segurança do cliente. Com base nestes pressupostos, a **questão de investigação** do presente estudo é: “Qual a cultura de segurança do cliente nas UCCI?”.

No seguimento da questão de investigação formulou-se o seguinte **objetivo geral**: avaliar a cultura de segurança do cliente, percecionada pelos enfermeiros das UCCI.

Os **objetivos específicos** deste estudo são:

- Identificar as dimensões que mais contribuem para o desenvolvimento da cultura de segurança do cliente nas UCCI;
- Identificar a importância da cultura de segurança na gestão e organização das UCCI.

Mediante a natureza da problemática, este estudo é observacional-descritivo e transversal e utiliza o método quantitativo.

É fundamental envolver e sensibilizar os profissionais de saúde, mais especificamente os enfermeiros, para esta temática, no sentido de proporcionar maior segurança nos cuidados prestados, auxiliando a atuação das instituições e dos

profissionais de saúde na concretização de políticas de gestão e condutas que promovam a segurança do cliente.

Acredita-se que a compreensão desta questão possa contribuir para a implementação de medidas de melhoria adequadas que permitam, por um lado, a adoção de uma atitude mais compreensiva perante os erros e, por outro, a redução da sua ocorrência.

A população do estudo é constituída pelos enfermeiros das equipas de saúde que exercem funções (enfermeiros na prestação direta de cuidados e enfermeiros gestores) em 10 UCCI.

Esta dissertação apresenta-se estruturada em duas partes. A primeira, denominada de Enquadramento Teórico, diz respeito à contextualização do assunto numa perspetiva teórica, onde é abordada a gestão em enfermagem, a cultura de segurança e a RNCCI. A segunda parte é denominada de Trabalho Empírico e é dividida em diversos subcapítulos que dizem respeito à metodologia do estudo; instrumento de colheita de dados; apresentação, análise e discussão dos resultados e conclusões. Por fim, apresentam-se as referências bibliográficas, os anexos e os apêndices.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TÉORICO

1. GESTÃO EM ENFERMAGEM

A Gestão é conceptualizada, por Huber (2006), como a arte de planear e gerir o esforço humano e os recursos, geralmente escassos, a fim de alcançar objetivos concretos. Por outras palavras, é o processo de alcançar os objetivos organizacionais, trabalhando com e através de pessoas e de outros recursos (Whitebead, Weiss & Tappen, 2010; Teixeira, 2005). Implica o planeamento, a organização, a liderança e o controlo do trabalho dos colaboradores, influenciando o funcionamento da organização por forma a obter o resultado desejado e a melhorar o desempenho total (Whitebead, Weiss & Tappen, 2010).

O campo de ação e intervenção da enfermagem é vasto, não podendo o profissional demitir-se da sua responsabilidade do Dever da Excelência do Exercício Profissional para com a pessoa a quem presta cuidados e para com a sociedade onde está inserido. Assim, o enfermeiro gestor é um participante ativo na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas que visam a melhoria da saúde dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades (Whitebead, Weiss & Tappen, 2010).

A Gestão em Enfermagem é então uma estratégia essencial para a qualidade dos cuidados prestados nas organizações de saúde e para uma cultura organizacional assente nos princípios da segurança do cliente. Pertencendo ao grupo profissional mais representativo na área da saúde, e inclusivamente nas UCCI, o enfermeiro cumpre um papel elementar no processo de gestão de cuidados. Por essa razão, a sua perceção sobre a qualidade dos cuidados tem sido utilizada frequentemente em estudos, uma vez que os dados fornecidos pela sua avaliação correspondem a indicadores de qualidade preconizados para a medição do desempenho das instituições de saúde (McHugh & Stimpfel, 2012).

De acordo com o *International Council of Nurses* (ICN), os enfermeiros da área de gestão têm como objetivo primordial a prevenção, o tratamento e a reabilitação dos clientes, através da gestão de cuidados de enfermagem e da gestão dos serviços/unidades de saúde (ICN, 2010). Desta forma, o enfermeiro gestor deverá compreender o contexto de saúde no qual está inserido e o seu impacto nos cuidados prestados, de forma a poder corresponder ao que lhe é exigido. Deve também promover o trabalho em equipa, tendo como base a gestão da mudança, e apostar na formação

contínua, no sentido de dar respostas a novas necessidades e competências (Parreira, 2005; Fachada, 2014).

Segundo Huber (2006), o processo de gestão em enfermagem é focado, sobretudo, no elemento humano, isto é, na gestão de recursos humanos, procurando encontrar um equilíbrio entre as necessidades dos profissionais, no que diz respeito à eficiência, motivação e realização profissional, e as necessidades da organização, em termos de produtividade, custo-benefício e qualidade. Este equilíbrio, promovido pelo enfermeiro gestor, é determinante na cultura da instituição, sendo uma estratégia para obter não só a satisfação dos colaboradores e a produtividade da organização, mas também a satisfação dos clientes e a qualidade e segurança dos cuidados que lhes são prestados (Boev, 2012). Fachada (2014, p. 31) refere inclusivamente que “existe uma relação direta entre o nível de satisfação e realização pessoal e profissional dos colaboradores e a qualidade de serviço prestada ao cliente pela organização”.

O ambiente da prática de enfermagem, ou a cultura existente, reflete a abordagem do enfermeiro gestor na resolução destes dilemas, pois é deste que partem muitas decisões relativas à gestão das equipas e à implementação de práticas de segurança e qualidade dos cuidados (Lake, 2002; Schmalenberg & Kramer, 2008).

Hinno, Partanen, & Vehviläinen-Julkunen (2011) referem no seu estudo que apoiar o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, as dotações adequadas, o apoio da gestão e a maior autonomia dos enfermeiros são fatores-chave na produção de um ambiente de trabalho positivo, melhorando a qualidade dos cuidados prestados ao cliente e melhorando os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Estas são também dimensões avaliadas através do questionário NHSPSC e que refletem o nível de cultura de segurança das UCCI.

Desta forma, os enfermeiros gestores devem apostar cada vez mais na investigação, que pode contribuir para a melhoria dos contextos da prática profissional, de forma a garantir a qualidade dos cuidados, o que representará uma mais-valia na gestão e no sucesso das suas organizações (Amaral & Ferreira, 2013; Swanson & Tidwell, 2011).

Em 1859, Florence Nightingale também defendeu a segurança nos cuidados de enfermagem. Na sua opinião, os enfermeiros deveriam colocar o cliente na melhor condição possível para que a natureza atuasse sobre ele, aumentando assim a sua

segurança e diminuindo os riscos (Nightingale, 2005). Stanhope & Lancaster (2011) também referem que Nightingale começou por estabelecer padrões de cuidados de enfermagem, sendo que para esta as questões de segurança são o núcleo da garantia da qualidade.

De acordo com Graaf (1989), citado por Lopes & Santos (2010), a sua teoria abrange três relações principais: ambiente com o cliente, enfermeiro com o ambiente e enfermeiro com o cliente. O ambiente é o fator principal que atua sobre o cliente para produzir um estado de doença. Nesse sentido, o enfermeiro deve, por isso, ser capaz de manipular o ambiente em favor do cliente, para que este tenha o mínimo gasto de energia possível.

Segundo Micaelo, Costa, Valente & Antunes (2013), na Guerra da Crimeia, Nightingale conseguiu diminuir a mortalidade de 40% para 2%, resultado da sua preocupação e exigência com a qualidade dos cuidados prestados, o bem-estar e o meio ambiente. Estes resultados foram obtidos com base na recolha de dados e evidências das consequências de uma deficiente gestão e organização hospitalar sobre a saúde dos clientes. Nightingale elaborou ainda relatórios estatísticos, investigou soluções e implementou ações específicas, com base nesses seus cálculos e conclusões. Entre essas ações específicas destacam-se:

- Limpeza dos quartos e das paredes;
- Ventilação e aquecimento;
- Controlo do ruído;
- Promoção de um ambiente tranquilo;
- Lavagem e desinfeção das mãos (proteção do profissional e do cliente);
- Desenvolvimento de um sistema de relato dos óbitos hospitalares para avaliação do serviço.

Outro modelo teórico de enfermagem que dá suporte a estas temáticas é o Modelo de Adaptação de Roy, que admite que o indivíduo é um sistema com capacidade de adaptação. Este é influenciado por fatores internos e externos, criando mudanças no meio ambiente que, por sua vez, vão interferir no seu processo de adaptação (Fawcett, 2009; Coelho & Mendes, 2011).

Segundo Tomey & Allingood (2004), o Modelo de Adaptação de Roy promove a adaptação do homem em situações de saúde e doença e é composto por quatro elementos essenciais:

- A Pessoa, que neste caso, é a recetora dos cuidados de enfermagem, ou o cliente e que se encontra em constante interação com o ambiente. Este é um sistema adaptativo e holístico, encontrando-se exposto a um conjunto de fatores que afetam o seu comportamento (Coelho & Mendes, 2011).
- A Saúde, que é entendida como um estado e um processo de ser e de tornar-se uma pessoa total e integrada. A saúde é um reflexo da adaptação entre a pessoa e o ambiente e a sua promoção facilita os processos adaptativos (Coelho & Mendes, 2011).
- A Enfermagem, que tem como um dos objetivos a promoção de processos adaptativos, reduzindo as respostas ineficazes e levando o indivíduo a encontrar o equilíbrio e a qualidade de vida (Roy & Andrews, 2001).
- O Ambiente, uma vez que a pessoa pode ser influenciada pelos fatores ambientais internos e externos. As alterações ambientais levam a maior consumo de energia por parte da pessoa, para se poder adaptar. Para esta teórica, é o ambiente que estimula as pessoas, expostas a uma série de influências, a dar respostas de adaptação (Fawcett, 2009; Roy & Andrews, 2001).

Assim, o ambiente é um fator crucial quando a questão de base é a prestação de cuidados seguros. Para Lake (2002), o ambiente da prática profissional é o conjunto de características organizacionais de um contexto de trabalho que facilitam ou constroem a prática profissional de enfermagem.

Neste sentido, o ambiente e a cultura vivenciados nas organizações de saúde, além de condicionarem a resposta do cliente aos cuidados de enfermagem, afetam também a prática do enfermeiro, favorecendo ou dificultando o seu desenvolvimento profissional e, desta forma, a qualidade dos cuidados que presta (Roy & Andrews, 2001; Whitehead, Weiss & Tappen, 2010).

Uma forma de avaliar a conduta e a contribuição dos enfermeiros para a qualidade dos cuidados é através do modelo conceptual, desenvolvido por Diane Irvine Doran, Souraya Sidani e Linda Hall, denominado *Nursing Role Effectiveness Model*

(NREM), que é baseado no modelo de avaliação da qualidade de Donabedian, assente em três componentes essenciais: estrutura, processo e resultado (Doran, Sidani, Keatings & Doidge, 2002; WHO, 2009).

O NREM possibilita uma avaliação abrangente dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, considerando que as intervenções de enfermagem são ações desenvolvidas entre o estado inicial do cliente e o mesmo após a prestação de cuidados. Nesta perspetiva, o NREM não se resume a uma análise exclusiva dos resultados medidos em termos de segurança de clientes, mas assenta no processo de cuidados, salientando que os resultados dependem de múltiplas variáveis associadas aos cuidados, como o contexto da prestação de cuidados, a sua adequação e as características dos enfermeiros e dos clientes (Amaral, 2010).

Segundo Doran, Sidani, Keatings & Doidge (2002), os componentes de estrutura consistem nas variáveis: enfermeiro, cliente e organização de cuidados de saúde. Estas influenciam os processos e os resultados dos cuidados de saúde.

Os componentes de processo consistem nas funções independentes, dependentes e interdependentes inerentes ao papel do enfermeiro, sendo que as funções independentes são aquelas cuja responsabilidade é assumida somente pelo enfermeiro, incluindo atividades como a avaliação do cliente, a tomada de decisão, intervenção e *follow-up* (Doran, Sidani, Keatings & Doidge, 2002).

Relativamente aos resultados, no NREM estes dizem respeito ao estado funcional do cliente, autocuidado, controle de sintomas, efeitos adversos e satisfação do cliente (Doran, 2003).

Assim, refletir sobre os resultados sensíveis às práticas de enfermagem é analisar quais os resultados no estado de saúde do cliente que se modificam de acordo com os cuidados de enfermagem prestados, sendo esta análise uma importante fonte de evidências sobre a eficácia dos cuidados de enfermagem (Doran et al, 2006).

Neste contexto, cabe aos enfermeiros, que ao longo da História se têm valorizado, comprovar que, de facto, os seus cuidados têm qualidade e que promovem melhorias significativas no estado de saúde do cliente. Desta forma, os enfermeiros poderão afirmar que são indispensáveis no cuidar do cliente. Comprovar, no entanto, implica investigar, mensurar, avaliar e, para isso, é necessário existir uma série de fatores que são fundamentais neste processo.

Em primeiro lugar é crucial existir uma sensibilidade de todos os profissionais para a necessidade de avaliar as suas práticas de cuidados. É necessário aumentar a análise dos resultados nos clientes, não com um objetivo punitivo, mas sim com fins pedagógicos e de implementação de medidas corretivas que visem a melhoria de cuidados. Estas intervenções estão frequentemente incluídas no campo de ação da gestão em enfermagem.

Segundo a Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL) (s.d.), o enfermeiro gestor é o profissional técnica e cientificamente habilitado para responder com rigor, eficiência e eficácia aos desafios das organizações e das pessoas na garantia da qualidade dos cuidados prestados, aos vários níveis de atuação: prevenção, promoção e reabilitação. Desta forma, o enfermeiro gestor deve garantir a segurança do cliente, família e comunidade através de vários eixos de intervenção, passando pela prevenção e a gestão dos riscos, tendo sempre presente a qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), o enfermeiro gestor deve garantir o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, sendo o “motor do desenvolvimento profissional da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão” (OE, 2014, p.2). É considerado ainda gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros (OE, 2014).

Ainda segundo o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (OE, 2014), a este são-lhe exigidas as seguintes competências no domínio da gestão:

- Garantir a prática profissional e ética na equipa que lidera;
- Garantir a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Gerir o serviço/unidade e a equipa, otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde;
- Garantir o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera;
- Garantir a prática profissional baseada na evidência.

Estas competências interligadas entre si na prática profissional de um enfermeiro gestor contribuem fortemente para a criação de uma cultura de segurança do cliente, pois assentam nos princípios fulcrais que determinam os cuidados seguros prestados pelas organizações de saúde.

Para Huber (2006), a qualidade dos cuidados de saúde está intimamente interligada com a gestão em enfermagem, dado que os enfermeiros gestores colaboram na definição das políticas de saúde e de enfermagem (competências no domínio da assessoria de gestão) e lideram a implementação dessas políticas. As competências do enfermeiro gestor passam também pelo desenvolvimento de competências nos níveis individuais e funcionais, mobilizando pessoas para o alcance de resultados, estimulando o seu crescimento profissional, otimizando os recursos e atendendo às necessidades e expectativas dos clientes. O enfermeiro gestor deve promover uma eficaz gestão do talento, envolver novos líderes na organização, definir os perfis de funções, avaliar o desempenho, fomentar um *feedback* contínuo e implementar estratégias de reconhecimento e recompensa (Fachada, 2014; Simões & Fávero, 2003; Whitehead, Weiss & Tappen, 2010).

Diversos autores destacam o papel do enfermeiro gestor como líder no caminho para a excelência e como elemento essencial na organização dos recursos existentes, criando um ambiente de segurança e excelência nos cuidados de enfermagem que culmina numa cultura de segurança (ICN, 2010; McSherry, Pearce, Grimwood & McSherry, 2012).

No estudo de Simões & Fávero (2003), para manter uma liderança eficaz é necessário que o enfermeiro gestor estabeleça um bom relacionamento com a sua equipa, demonstre segurança nas suas decisões e que mantenha uma comunicação eficaz. No entanto, segundo Aguiar, Costa & Weirich (2005), este tipo estratégia de gestão só é pertinente e eficaz se o próprio enfermeiro gestor compreender que gerir é também cuidar. Segundo Hesbeen (2000, p. 87), “a missão principal do chefe é a de dar atenção ao pessoal do seu serviço, a fim de lhe oferecer as melhores condições possíveis para exercer a profissão, desenvolvê-la e nela encontrar satisfação”. Independentemente do grau hierárquico, um enfermeiro gestor deve zelar pelos interesses dos seus colaboradores, proporcionando-lhes um ambiente organizacional propício à sua prática de prestação de cuidados (Hesbeen, 2000).

2. CULTURA DE SEGURANÇA DO CLIENTE

A qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde é atualmente encarada pelas instituições de saúde como uma prioridade e uma necessidade intrínseca, uma vez que promove a satisfação e a segurança dos clientes. Porém, a ocorrência de erros nos cuidados de saúde compromete a qualidade dos mesmos, colocando em risco a segurança dos clientes.

O conceito de qualidade foi primeiramente desenvolvido a nível industrial, por autores como Deming, Juran ou Ishikawa, tendo sido posteriormente adaptado à saúde por Avedis Donabedian. No entanto, a preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde não é recente, cruzando toda a história da Medicina, desde Hipócrates, até Florence Nightingale e Ernest Codman (Campos, Saturno & Carneiro, 2010).

O conceito de qualidade em saúde é definido por Saturno et al (1990), no Programa Ibérico, como sendo “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes” (Campos, Saturno & Carneiro, 2010, p. 12). Reconhece-se assim que qualidade em saúde implica a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cliente.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, o acesso a cuidados de saúde de qualidade é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade e segurança nos cuidados que lhe são prestados. A segurança é um dado essencial para a confiança dos cidadãos no sistema de saúde e, particularmente, no Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Despacho n.º1400-A/2015).

O ambiente organizacional, aliado à natureza humana, à exigência de resultados em saúde e às pressões do indivíduo e das organizações, no sentido de obter melhorias constantes nas relações de “custo-efetividade”, potenciam a prestação de cuidados de saúde como uma atividade de risco (Fragata, 2011). Face a isto, e considerando que na maioria dos casos os eventos podem ser evitáveis, é essencial trabalhar a temática da segurança, por forma a que esta seja vista como uma prioridade e como uma área a investir presentemente.

Segundo o relatório publicado pela RAND Corporation para a Comissão Europeia, estima-se que nos 27 Estados-Membros da União Europeia entre 8 % e 12 % dos clientes internados em hospitais sejam afetados por eventos adversos ao receberem cuidados de saúde, colocando o risco associado aos cuidados de saúde em evidência no que se refere às políticas de qualidade, dado que a sua ocorrência compromete diretamente a segurança do cliente (Conklin, Vilamovska, Vries & Hatzianreou, 2008).

Segundo Sousa, Uva, Serranheira, Leite & Nunes (2011), as taxas de incidência de eventos adversos em hospitais atingem valores que variam entre os 3,7% e os 16,6%, sendo que 40% a 70% são considerados evitáveis. Estes autores acrescentam ainda que estes eventos adversos provocam um aumento do internamento em média de 10,7 dias. Num hospital com 17000 internamentos por ano, constatou-se que cerca de 994 eventos adversos eram evitáveis e mais de 10 mil dias de internamento foram acrescidos (Sousa, Uva & Serranheira, 2010). Estes dados demonstram o impacto marcante que as instituições de saúde sofrem com a ocorrência de erros, quer em termos clínicos, económicos e sociais.

No contexto atual, em que as unidades de saúde subsistem num clima organizacional de contingência económica, com evidentes restrições em recursos humanos e materiais, é de extrema importância avaliar e caracterizar a tipologia dos eventos adversos e, com base nesse conhecimento, definir e implementar ações de gestão de risco que permitam a sua redução ou mesmo a sua supressão.

Mediantes estes dados, é possível afirmar que a segurança do cliente é um item da qualidade dos cuidados prestados, não podendo existir qualidade nos serviços de saúde sem que haja segurança. Neste sentido, tem sido atribuído um valor inquestionável, a nível internacional, à investigação em segurança do cliente (Swanson & Tidwell, 2011).

Segundo Sousa, Uva & Serranheira (2010), tem-se assistido a um crescente movimento no sentido de valorizar a investigação nesta área, bem como o de desenvolver e avaliar o impacto de soluções que promovem ganhos em saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a segurança do cliente como a ausência de danos desnecessários ao cliente durante os cuidados de saúde e a disciplina de segurança como os esforços coordenados para prevenir a ocorrência ou reduzir o risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde (WHO, 2008). A

segurança do cliente tem sido considerada um atributo prioritário da qualidade dos sistemas de saúde de todo o mundo, sendo que qualidade e segurança são conceitos interligados e indissociáveis.

Também a *Joint Commission in Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) sustenta a segurança numa perspetiva da qualidade como sendo “o modo como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a obtenção de resultados indesejados” (Baltaden, 1993, citado por Sousa, 2006, p. 310).

Os diversos serviços de saúde são sistemas muito complexos e instáveis. Estes requerem uma forte e permanente capacidade de adaptação à multiplicidade de patologias, de atos e de percursos diagnósticos e terapêuticos, pelo que é necessário uma gestão atenta e inovadora dos numerosos aspetos humanos, técnicos e organizacionais associados à prestação de cuidados de saúde. Nestes ambientes, a gestão dos riscos associados aos cuidados obriga a uma abordagem global, coletiva, organizada e permanentemente acompanhada. A eficácia desta abordagem global assenta ao nível de de três grandes funções interligadas entre si: a função de governação, a função de acompanhamento e a função operacional (Despacho nº1400-A/2015, 2015).

A gestão de risco associado aos cuidados de saúde é, assim, um processo coletivo, que tem como objetivo garantir a maior segurança possível dos clientes, evitando incidentes, que podem ser frequentes, por vezes graves e frequentemente evitáveis. Segundo o Despacho n.º1400-A/2015 (2015), a causa destes incidentes de segurança raramente está associada à falta de competência técnica dos profissionais, mas relacionada com o ambiente organizacional e com falhas de coordenação ou de comunicação, que revelam uma deficiente cultura sistémica de segurança e política institucional de identificação de riscos específicos.

Segundo a *National Patient Safety Agency*, a integração das atividades desenvolvidas pela gestão de risco tem sido identificada como um dos sete passos essenciais para a segurança do cliente (Gama & Saturno, 2013).

A cultura de segurança do cliente é um dos temas incontornáveis que, nos últimos anos e de forma crescente, tem dominado a agenda das políticas de saúde em muitos países europeus, nos Estados Unidos da América (EUA) e na Austrália, sendo igualmente um assunto central na estratégia de várias organizações internacionais,

como, por exemplo, *World Alliance for Patient Safety*, *National Patient Safety Agency*, *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, *American Society for Healthcare Risk Management*; *ECRI Institute*, *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* e *Joint Commission International*. Em Portugal não existem organizações criadas especificamente para a Segurança do Cliente, tendo sido criadas, no entanto, algumas orientações legislativas que apontam nesse sentido.

Não existe ainda nas instituições de saúde portuguesas um adequado conhecimento de todos os aspetos da cultura de segurança organizacional, imprescindíveis para a implementação de medidas eficazes que visem prevenir os incidentes que ocorrem na prestação de cuidados (Sousa, Uva & Serranheira, 2010). Esta constatação, aliada à existência de um défice de organização dos serviços de saúde e à falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão, impulsionou a criação de uma estratégia nacional para a Qualidade em Saúde, que contribuiu, decisivamente, para uma filosofia de melhoria contínua da qualidade, para benefício dos clientes utilizadores do SNS e dos seus colaboradores.

Resultante desta estratégia, salienta-se o desenvolvimento de normas e orientações clínicas; indicadores nacionais de qualidade; notificação de incidentes e de eventos adversos; criação de normas de procedimento que evitam os erros clínicos, cirúrgicos e terapêuticos; monitorização das infeções associadas aos cuidados de saúde; combate às resistências dos antimicrobianos; gestão integrada das doenças crónicas e a criação do observatório da segurança do cliente.

Ainda decorrente desta estratégia, foi criado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde (DGS), que visa, através de ações transversais, como a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do SNS.

De acordo com o Despacho n.º1400-A/2015 (2015), o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 tem como objetivos estratégicos:

- Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno;
- Aumentar a segurança da comunicação;

- Aumentar a segurança cirúrgica;
- Aumentar a segurança na utilização da medicação;
- Assegurar a identificação inequívoca dos clientes;
- Prevenir a ocorrência de quedas;
- Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão;
- Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes;
- Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

Estes objetivos são semelhantemente propostos pela *The Joint Commission*, quando estabelece, em 2015, os objetivos para a segurança do cliente no programa de acreditação de Cuidados Continuados Integrados (*The Joint Commission*, 2015).

A melhoria da cultura de segurança do ambiente interno das instituições prestadoras de cuidados de saúde é um imperativo e uma prioridade consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. A cultura de segurança do cliente apresenta-se como uma componente estruturante e uma variável incontornável da Qualidade em Saúde, proporcionando melhores resultados não só para os clientes, mas também para as organizações e profissionais de saúde (Fragata, 2010; Carneiro, 2010).

A mudança de comportamentos e atitudes advêm da cultura de segurança instituída na organização, que segundo a WHO (2009), é o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança. A avaliação e a monitorização da cultura de segurança da organização são essenciais para identificar áreas de melhoria e introduzir mudanças de comportamento dos profissionais, para que haja valores partilhados sobre segurança, antecipação de eventos e cultura de não infabilidade (cultura de reportar eventos, cultura de aprender com as trajetórias de erro, cultura de responsabilização sem culpa, cultura justa, cultura de equipa e, por fim, cultura de aprendizagem e de melhoria contínua).

Genericamente, o conceito de cultura remete para os hábitos, costumes e crenças compartilhadas pelos membros de uma sociedade, que influenciam o agir social e diversificam os grupos humanos (Laraia, 1997). A cultura organizacional pode ser compreendida como um conjunto de normas e leis partilhadas pelos membros de uma determinada organização (Teixeira, 2005; Newstrom, 2008). A cultura de segurança é

assim um aspeto da cultura organizacional, que orienta os comportamentos dos profissionais para a segurança do cliente, como uma prioridade (Smits et al, 2008).

Desta forma, o conceito de cultura de segurança surge sempre associado à segurança do cliente, uma vez que se trata de um modelo integrado de comportamentos individuais e organizadores, baseado em crenças e valores partilhados, continuamente perseguido para minimizar os danos nos clientes que podem resultar da prestação de cuidados (WHO, 2007). Para Hemman (2002), a cultura de segurança assenta na filosofia que os líderes e profissionais seniores transmitem, influenciando o comportamento de todas as pessoas que trabalham na organização.

Historicamente, a cultura das instituições de saúde tem sido caracterizada pela punição, castigando o culpado quando ocorre um erro. Atualmente é necessário desmistificar a noção de penalização, pois a cultura de segurança apresenta características que contrastam com essa atitude. Segundo Carthey & Clarke (2010), a cultura de segurança deve ser simultaneamente uma:

- Cultura de notificação – os profissionais não são responsabilizados ou punidos quando relatam incidentes; recebem um *feedback* construtivo após apresentarem uma notificação de incidente; o processo de notificação é acessível;
- Cultura justa – uma cultura justa traduz um sentimento de confiança entre todos os profissionais. Os profissionais, clientes e familiares são tratados de forma justa, com empatia e consideração, principalmente quando estão envolvidos em alguma questão relacionada com a segurança;
- Cultura de aprendizagem – a organização investe na aprendizagem contínua face à segurança do cliente;
- Cultura aberta – os profissionais sentem-se confortáveis para discutir diversos assuntos, com os colegas e com a liderança;
- Cultura informada – a organização tem uma atitude preventiva, com base em experiências passadas, sendo capaz de identificar e mitigar futuros incidentes.

A OMS e o Conselho da União Europeia recomendam aos Estados-Membros a avaliação da perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança da instituição onde trabalham, como condição essencial para a introdução de mudanças nos

seus comportamentos e para o alcance de melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados que prestam aos clientes (Despacho n.º1400-A/2015, 2015).

Vários países e organismos desenvolveram instrumentos de pesquisa a fim de avaliar a cultura de segurança, destacando-se a AHRQ. Este organismo divulgou vários tipos de inquéritos para as organizações de saúde, sendo usados como uma ferramenta que permite sensibilizar os funcionários sobre a segurança do cliente, diagnosticar e avaliar o estado atual da cultura de segurança, identificar os pontos fortes e áreas de melhoria da cultura de segurança, examinar as tendências das alterações da cultura de segurança ao longo do tempo, avaliar o impacto de iniciativas e intervenções e realizar comparações internas e externas (AHRQ, 2011). Dos diferentes inquéritos disponíveis salienta-se o NHSPSC, que foi projetado para avaliar a cultura de segurança nas *Nursing Homes* (NH).

Uma organização que presta cuidados de saúde detém um ambiente próprio, o qual influencia os indivíduos que a frequentam e se deixa por eles influenciar. Neste sentido, os clientes e os profissionais são, simultaneamente, agentes e destinatários da mudança e, portanto, da própria cultura de segurança da instituição.

As organizações de elevada fiabilidade apresentam um compromisso constante com a segurança como prioridade máxima que atravessa a organização inteira, pelo que a cultura de segurança é uma dimensão chave da fiabilidade organizacional e é entendida como o conjunto de pressupostos que influenciam as pessoas a gerirem o inesperado. Este tipo de cultura apresenta quatro características, que são: a cultura de reportar, a cultura justa, a cultura flexível e a cultura de aprendizagem (Weick & Sutcliffe, 2007; Carthey & Clarke, 2010).

A cultura de segurança apresenta um carácter multidimensional, uma vez que depende do apoio dos líderes da organização, do trabalho em equipa, de uma comunicação aberta, da resposta não punitiva ao erro, dos recursos humanos, entre outros (Sorra & Nieva, 2004).

Assim, os componentes da cultura de segurança são (Singer et al, 2003; IOM, 2004):

- Compromisso da liderança com a segurança;
- Recursos organizacionais para a segurança do cliente;
- Prioridade de segurança versus produção;

- Eficácia e abertura de comunicação;
- Abertura para problemas e erros;
- Aprendizagem organizacional;
- Baixa frequência de atos inseguros.

Os líderes ou gestores das organizações devem ser detentores de certas competências e características que lhes facilitarão a implementação e o desenvolvimento de uma cultura de segurança. O líder ou gestor da organização deve ter capacidade de interação, uma vez que é necessário interagir eficazmente com todos os membros da organização, tornando o seu ponto de vista claramente identificável e perceptível, independentemente das circunstâncias (Nieva & Sorra, 2003). Concomitantemente, as suas capacidades relacionais ao nível da comunicação, deverão ser potenciadas, principalmente, ao nível da capacidade escrita, oral e de escuta. Esta última é fundamental para compreender e avaliar determinados factos. A negociação e objetividade permitirão a este profissional centrar-se nos seus objetivos, de forma a conseguir aplicar os procedimentos estabelecidos e a resolver problemas. A objetividade facilita a sua intervenção perante situações de grande *stress*, emotividade e dificuldade. A questão da confidencialidade remete para os aspetos relacionados com a ética profissional que evidencia uma excelente conduta profissional (Nieva & Sorra, 2003).

Os líderes das organizações de saúde devem apoiar uma cultura de segurança, através de ações específicas e comportamentos que incorporem um compromisso com a segurança. Essas ações e comportamentos incluem a promoção de uma comunicação aberta sobre as preocupações de segurança, a promoção do trabalho em equipa e a educação dos funcionários sobre segurança, capacitando-os para a identificação e melhoria dos riscos de segurança, defendendo a ideia de que a segurança é uma responsabilidade de todos e adequando os recursos existentes (Nieva & Sorra, 2003).

A OMS e o Conselho da União Europeia recomendam, ainda, o desenvolvimento de planos de formação graduada, pós-graduada e contínua, que potenciem a aprendizagem sobre a melhoria da cultura interna de segurança dos clientes.

Flemming (2005), na tentativa de prevenir decisões pouco fundamentadas na avaliação e desenvolvimento da cultura de segurança, estabeleceu os seguintes passos:

1. Investir na formação - Nesta fase, a equipa deve ser pequena (representante da qualidade e da gestão do risco e alguns membros da equipa multidisciplinar) e deve desenvolver conhecimentos e competências no âmbito da cultura de segurança do cliente.
2. Selecionar um instrumento de avaliação adequado - Existe atualmente um conjunto de instrumentos de avaliação da cultura de segurança, que foram desenvolvidos para aplicar em organizações de saúde. A escolha desse instrumento deve ser baseada nos objetivos da organização, tendo em conta os pontos fortes e fracos de cada um (Nieva & Sorra, 2003).
3. Obter o apoio informado da liderança - A liderança deve compreender o processo de avaliação da cultura de segurança, os recursos necessários, os potenciais problemas e os resultados (ECRI *Institute*, 2009; Nieva & Sorra, 2003).
4. Envolver a equipa multidisciplinar - O objetivo da realização da avaliação da cultura de segurança é trazer uma mudança cultural para a organização, logo cada profissional deve sentir-se parte do processo, ao invés de sentir que é algo desenvolvido por outro grupo (ECRI *Institute*, 2009).
5. Aplicar questionários - A estratégia de aplicação dos questionários deve ser rigorosamente escolhida, de forma a garantir uma elevada adesão na participação dos profissionais.
6. Analisar e interpretar dados - Os dados provenientes dos questionários devem ser analisados e comparados com outros dados publicados.
7. Divulgar os resultados - Ao dar aos participantes o *feedback* dos resultados, mantém-se o interesse e o envolvimento dos mesmos no processo. Idealmente deve-se apresentar oralmente os principais resultados, incluindo os próximos passos e um cronograma para ações de melhoria (Santos, Benito, Silvério, Silva & Lucas, 2012).
8. Identificar soluções em grupo - Os profissionais indicam, frequentemente, apenas os aspetos negativos, não fornecendo informação que ajude a solucionar os problemas. Uma estratégia prática é a realização de reuniões, em grupos pequenos, em que cada elemento é solicitado a descrever aspetos positivos, áreas

de melhoria e soluções práticas. A informação recolhida pode ser facilmente transformada num plano de ação global (Santos et al, 2012).

9. Implementar as intervenções - Uma queixa muito comum, proveniente de profissionais que participam na avaliação da cultura de segurança é a falta de ação com base nos resultados obtidos (Nieva & Sorra, 2003).
10. Detetar alterações - As organizações de saúde decidem avaliar a cultura de segurança a fim de obter uma linha de base ou comparação para avaliar as melhorias ou o progresso. Assim, é necessário, ao longo do tempo, ir avaliando as mesmas questões que foram aplicadas aos profissionais, no sentido de detetar alterações, positivas ou negativas (Santos et al, 2012).

3. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

A organização da RNCCI introduziu um novo paradigma do “cuidar” da pessoa em situação de dependência e propôs uma intervenção que exige de todos os profissionais um conjunto de competências teóricas, técnicas e práticas que permitam a melhor adequação do plano de intervenção ao cliente, quer na sua elaboração, como na execução, de forma a que se coadune com as necessidades do mesmo (Gomes, 2009).

A RNCCI constitui uma inovação organizacional no campo da intervenção conjunta da Saúde e do Apoio Social, tendo sido criada com o desígnio de responder às novas necessidades de saúde e sociais dos portugueses, decorrentes da diminuição da natalidade e da mortalidade, do progressivo envelhecimento da população e do aumento da esperança média de vida (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho). Consequentemente, verifica-se um aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes e a emergência de carências ao nível social dos cuidados continuados integrados.

Os objetivos específicos da RNCCI relacionados com a segurança do cliente e legislados pelo Decreto-Lei N.º 101/2006, de 6 de junho, são: melhorar continuamente a qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e prevenir as lacunas em serviços, através da progressiva cobertura a nível nacional das necessidades das pessoas em situação de dependência, em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos. Também a Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, prevê como um dos objetivos das unidades de internamento da RNCCI “um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de autonomia” (2014, p. 4867).

O *CatSalut* é o serviço de saúde da Catalunha e está inserido no *Department of Health and Social Security of the Generalitat de Catalunya*, que constitui o governo regional. As bases do modelo catalão assentam no grande investimento dos cuidados de saúde primários à família e à comunidade, com o apoio de um sistema hospitalar recetivo e flexível; na participação e envolvimento de diferentes partes da comunidade, tais como escolas; e na implementação de estratégias multisetoriais para a resolução de problemas de saúde, tendo em consideração os contextos físico, económico, social, cultural e sexual.

O primeiro acesso aos serviços é feito através dos cuidados de saúde primários ou dos serviços de urgência, nos quais, após avaliação, os clientes são encaminhados para os hospitais, para centros de cuidados de longa duração ou para os serviços de saúde mental. Os hospitais estão organizados em diferentes consórcios, a cada um dos quais pertence o tipo de serviço anteriormente descrito.

À semelhança do que se verifica em Portugal, a reforma de saúde da Catalunha afastou-se de um sistema biomédico paternalista para um sistema de autocuidado, conferindo maior visibilidade ao cuidado de enfermagem (*Generalitat de Catalunya*, 2010). Os clientes passam a ser parceiros nos cuidados e co-responsabilizados na tomada de decisões, através da capacitação e do consentimento informado. Os tipos de cuidados do SNS estão assentes nos serviços prestados na Catalunha, como, por exemplo, os cuidados de saúde primários, cuidados especializados, cuidados domiciliários, cuidados paliativos, cuidados de saúde mental e aditivos, cuidados à pessoa dependente e os cuidados continuados integrados. A nova reforma da saúde oferece alternativas à hospitalização, através da abertura de novas unidades, nomeadamente unidades para cuidados em fim de vida e unidades para estados de saúde entre o agudo e o crónico. Por ser o modelo em que Portugal se baseou para a implementação da nova reforma do SNS, estas unidades assemelham-se às UCCI (*Generalitat de Catalunya*, 2014).

Os cuidados continuados integrados prolongam-se por um período de tempo superior ao necessário para o tratamento da doença em fase aguda e incluem, igualmente, a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida em situações irrecuperáveis ou de fim de vida (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

As UCCI são constituídas por unidades de ambulatório e unidades de internamento. Uma vez que as unidades de ambulatório ainda não foram criadas, não serão abordadas, considerando-se apenas as unidades de internamento como UCCI. As unidades de internamento disponibilizam atualmente três conjuntos de serviços, através das Unidades de Convalescença (UC), Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM), onde são prestados cuidados de enfermagem permanentes (Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro).

As Unidades de Cuidados Paliativos (UCP), outrora pertencentes à RNCCI, foram dissociadas desta última, devido à criação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho).

Aos cuidados de enfermagem permanentes corresponde o máximo investimento possível em horas de cuidados, devido ao máximo potencial de recuperação e de capacitação da autonomia do cliente (OE, 2009). É essencial uma gestão eficaz do risco, na obtenção dos resultados esperados para as intervenções de enfermagem, dado o elevado tempo de contacto do enfermeiro com o cliente. O cargo de gestor pode ser ocupado pelo enfermeiro em todas as UCCI, explorando novas áreas de intervenção, amplificando e dignificando a profissão (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho). O conjunto de serviços e a permanência contínua confere ao enfermeiro o perfil profissional “melhor colocado para responder aos objetivos e atribuições das unidades de média e de longa duração, especificamente no que respeita à coordenação destas unidades” (OE, 2009, p. 8).

As UC são unidades independentes integradas nos hospitais de agudos ou noutras instituições. Estas articulam-se com o hospital de agudos e “têm por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos” (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, p. 3860). Prestam tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e cuidados clínicos de reabilitação na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo. Estas unidades destinam-se a internamentos com previsibilidade de até 30 dias consecutivos por cada admissão crónica e asseguram cuidados médicos e de enfermagem permanentes, exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos, prescrição e administração de fármacos, cuidados de fisioterapia não permanentes, apoio psicossocial, higiene, conforto, alimentação, convívio e lazer (Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro).

As UMDR possuem espaço próprio e articulam-se com o hospital de agudos “para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de um processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória da autonomia potencialmente recuperável” (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, p. 3860). Neste âmbito, podem diferenciar-se na prestação de cuidados clínicos, sociais e de reabilitação

a pessoas com patologias específicas. Têm como finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa internada com previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos por cada admissão. Podem ser geridas por enfermeiros e asseguram cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanentes, cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, higiene, conforto, alimentação, convívio e lazer (Portaria n.º174/2014, de 10 de setembro).

As ULDM possuem carácter temporário ou permanente, espaço físico próprio e prestam cuidados de saúde, apoio social e de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio, segundo o referido Decreto-Lei. Estas unidades têm “por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias” (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, p. 3860). Em situações de necessidade de apoio familiar ou de descanso do cuidador principal, o internamento pode ser inferior a 90 dias. Podem ser geridas por um enfermeiro e asseguram os seguintes serviços: atividades de manutenção e de estimulação, cuidados de enfermagem permanentes, cuidados médicos, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, controlo fisiátrico periódico, cuidados de fisioterapia e terapia ocupacional, animação sociocultural, apoio no desempenho das atividades da vida diária e nas atividades instrumentais da vida diária (Portaria n.º174/2014, de 10 de setembro).

O acesso à RNCCI pode ser alcançado através da fluidez e do cumprimento dos critérios do processo de referenciação, do registo das etapas do circuito de referenciação e através da adequação dos cuidados e obtenção dos resultados esperados. Um dos grandes desafios que se coloca, atualmente, é o acesso à qualidade e à sustentabilidade dos serviços que se relacionam com a preferência e expectativas dos cidadãos (Nogueira, 2009). A cultura de segurança tem um contributo significativo na redução de perdas humanas e financeiras ao prevenir riscos e cooperar na sustentabilidade e qualidade dos serviços.

A qualidade nas UCCI torna-se imperativa e a segurança do cliente adquire uma relevância particular, sendo a aposta na melhoria contínua. A Melhoria Contínua da Qualidade desenvolvida pela RNCCI, em que a área da segurança do cliente tem um

papel preponderante, apresenta como objetivo a introdução de melhorias internas nas organizações, quer nos aspetos físicos e logísticos, condições de trabalho dos colaboradores, condições de conforto e comodidade dos clientes e meio envolvente, permitindo melhorar os métodos de trabalho e também continuamente o sistema de gestão da qualidade (RNCCI, 2009).

Como mencionado anteriormente, em Portugal, a investigação sobre a segurança do cliente na área dos Cuidados Continuados Integrados é residual, pelo que é importante dedicar particular importância a esta questão de modo a criar conhecimento e a permitir o desenvolvimento de ações inovadoras que melhorem a segurança do cliente (Sousa, 2006).

As UCCI, através da aplicação do questionário NHSPSC para a avaliação da cultura de segurança do cliente podem ter a possibilidade de:

- Diagnosticar a sua cultura de segurança, identificando áreas de melhoria;
- Avaliar o impacto das intervenções e programas na segurança dos clientes e monitorizar mudanças ao longo do tempo;
- Efetuar *benchmarking* interno e externo;
- Elaborar e/ou complementar relatórios, com vista aos processos de certificação e acreditação nos domínios da qualidade e segurança dos serviços de saúde;
- Cumprir requisitos regulamentares ou diretivas, nomeadamente, as recomendações da União Europeia;
- Identificar indicadores que ajudem a implementar, nas UCCI, projetos centrados na segurança dos clientes;
- Identificar problemas na cultura de segurança dos clientes, a partir dos quais se possam determinar abordagens e métodos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados;
- Identificar e aperfeiçoar formas de cruzar e combinar os dados sobre a cultura de segurança com outras fontes de dados sobre a segurança dos clientes e qualidade dos serviços.

Internacionalmente, as NH são consideradas residências que incluem pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem permanentes, por apresentarem alterações

significativas nas suas atividades de vida diária, físicas e/ou mentais, independentemente da sua idade. Neste âmbito e pelas características supracitadas, considera-se que as NH correspondem às UCCI, integradas na RNCCI.

Castle & Sonon (2006) realizaram um estudo transversal nos EUA, através da aplicação do inquérito *Hospital Survey on Patient Safety Culture* a 2840 gestores de NH, tendo este demonstrado, claramente, que a cultura de segurança nas NH está pouco desenvolvida. Os resultados indicam que estes profissionais consideram os relatos de eventos adversos insuficientes, quando comparados com a real frequência dos mesmos. Os autores consideram também fulcral na implementação de uma cultura de segurança eficaz a avaliação da mesma através de um instrumento criado para esse efeito. Através dessa avaliação, os gestores das NH têm a possibilidade de identificar áreas de melhoria, o nível de comunicação e de trabalho em equipa, entre outros, e aplicar medidas de correção, com vista à melhoria da segurança dos seus clientes.

No mesmo ano, Castle, Handler, Studenski, Perera, Fridsma, Nace & Hanlon (2006), considerando a inexistência de relatos que demonstrassem o nível de segurança das NH e para determinar os pontos de segurança neste tipo de estruturas de *Long-Term Care* (LTC), desenvolveram um outro estudo comparativo com os hospitais. Os resultados demonstraram que os *scores* de segurança nas NH são consideravelmente inferiores, pelo que, na sua opinião estas poderão estar em risco de dano como resultado de erros de segurança. Estes autores apontaram ainda para o grande interesse em comparar os resultados entre NH e hospitais, uma vez que a comparação entre diferentes estruturas de saúde, finalidades de cuidados e profissões pode indicar pontos e estratégias de melhoria da qualidade, com vista à implementação de uma cultura de segurança do cliente.

Castle (2006) realizou também outro estudo, desta vez com o objetivo de avaliar a cultura de segurança nas NH, sob a perspetiva das auxiliares de enfermagem (*Nurse aide*) e comparar, uma vez mais, com a avaliação obtida em contexto hospitalar. As conclusões apontaram para uma cultura de segurança considerada inferior, quando comparada com o contexto hospitalar, como outros estudos também têm referido. Castle (2006) refere ainda que se deve investir na melhoria da segurança do cliente nas NH, uma vez que se prevê ser uma área muito desenvolvida no futuro e também por forma a melhorar a qualidade dos cuidados e a imagem de LTC.

Wagner, Capezuti & Rice (2009) tecem, no seu artigo, algumas considerações subordinadas ao tema da cultura de segurança nas LTC *Settings*, com o objetivo de descrever as percepções dos enfermeiros acerca da cultura de segurança nas referidas estruturas. Como resultados do estudo, estes autores referem que os enfermeiros-chefes têm percepções mais positivas sobre a cultura de segurança nas LTC *Settings*, quando comparadas com as percepções dos enfermeiros da equipa de prestação de cuidados. Os autores referem também que os enfermeiros que trabalham em instituições públicas têm percepções menos positivas, comparativamente com enfermeiros de instituições sem fins lucrativos.

Este artigo apoia a ideia de que é necessário reforçar a cultura de segurança em ambientes de cuidados de longo prazo, a fim de promover uma melhor segurança do cliente. O primeiro passo é a avaliação da cultura de segurança nas Unidades, uma vez que permite a identificação das barreiras que os enfermeiros enfrentam para prestar cuidados seguros. A título conclusivo, este artigo demonstra que as medidas de melhoria da cultura de segurança nas Unidades devem-se focar nas preocupações dos enfermeiros da prestação de cuidados e na comunicação entre os enfermeiros e seus enfermeiros gestores (Wagner, Capezuti & Rice, 2009).

Hughes & Lapane (2006), que realizaram um estudo transversal com o objetivo de avaliar a percepção dos profissionais de saúde face à cultura de segurança nas NH, concluíram que estas estruturas de cuidados de longa duração necessitam de orientação específica e documentada sobre a aplicação de projetos de melhoria da segurança, sem com isso impor um ambiente demasiado rígido e regulamentado, que pode não levar à mudança positiva. Os referidos autores obtiveram também como resultados do estudo a existência de uma percepção sobre cultura de segurança aceitável, considerando, no entanto, bem presente o sentido de punição aquando da ocorrência de eventos adversos, chegando mesmo a considerar os relatórios sobre os erros como “ataques pessoais”.

Num estudo desenvolvido por Singer et al (2012) em oito NH de Massachusetts, foram avaliadas as diferenças nas atitudes/opiniões sobre a segurança do cliente em relação à profissão/cargo, tendo-se concluído que os gestores tinham uma percepção mais positiva sobre a segurança do que os profissionais envolvidos na prestação direta de cuidados. Assim, segundo estes autores, a avaliação da segurança do cliente deve incluir todos os funcionários da organização, por forma a obter uma compreensão mais completa para a promoção de respostas e medidas adequadas (Singer et al, 2012).

Em 2011, a AHRQ realizou uma pesquisa também através da aplicação do questionário NHSPSC, que incluiu 226 NH dos EUA e uma população de 16.155 funcionários que responderam de uma forma voluntária, com uma taxa de resposta de 67%. Quanto aos resultados gerais desta pesquisa, 86% dos inquiridos consideraram que as NH eram seguras e 84% referiram haver *feedback* e comunicação sobre os incidentes ocorridos. Em relação à resposta não punitiva ao erro, a percentagem foi um pouco mais baixa (51%), o que revelou a necessidade de melhorar essa área. Relativamente ao pessoal, a sua maioria (76%) recomendaria as NH aos seus amigos, 25% considerou as NH excelentes e 37% muito boas. Estes resultados encontram-se no banco de dados da AHRQ e permitem a comparação de resultados (AHRQ, 2011).

Mais recentemente, em 2014, a AHRQ desenvolveu novos estudos em 263 NH, com respostas de 18.968 colaboradores. Dos resultados obtidos, destacam-se a perceção geral sobre a segurança do cliente, com a percentagem mais elevada (87%) e a dimensão do *feedback* e da comunicação sobre os incidentes ocorridos, com 84% (AHRQ, 2014).

Swanson & Tidwell (2011) descreveram como foi desenvolvido um programa de acreditação, a fim de melhorar a segurança do cliente no *Cedars-Sinai Medical Center* (centro médico da Califórnia, com cerca de 900 camas). Este programa foi conseguido e mantido através do desenvolvimento de uma comunicação eficaz e de uma liderança e governação compartilhada, assentes em estruturas e processos melhorados. Estas alterações culminaram no desenvolvimento de uma Cultura de Segurança do Cliente.

PARTE II

TRABALHO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA DO ESTUDO

O presente estudo de investigação é quantitativo, observacional-descritivo e transversal. Segundo Ribeiro (2010), num estudo observacional o investigador não intervém, mas desenvolve procedimentos para descrever acontecimentos que ocorrem naturalmente (sem a sua intervenção), bem como os efeitos destes nos sujeitos em estudo. Neste sentido, os estudos observacionais-descritivos fornecem informação acerca da população em estudo (através da análise descritiva simples) e os transversais focam-se num único grupo representativo dessa população, sendo os dados recolhidos num único momento (Ribeiro, 2010).

1.1 Questão de investigação

A segurança do cliente é um dos pilares da qualidade dos cuidados de saúde, pelo que avaliar e monitorizar a cultura de segurança das organizações é essencial para identificar áreas de melhoria e introduzir mudanças no comportamento dos profissionais.

A segurança do cliente, considerada mundialmente um grave problema de saúde pública, constitui uma problemática complexa que merece uma análise detalhada dos seus mecanismos e processos envolvidos. A criação e a manutenção de uma cultura de segurança possibilitam a melhoria efetiva da segurança do cliente. Neste seguimento, a questão de investigação do presente estudo é: “*Qual a cultura de segurança do cliente nas UCCI?*”.

1.2 Objetivos do estudo

Para dar resposta à questão de investigação formularam-se os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Avaliar a cultura de segurança do cliente, percecionada pelos enfermeiros das UCCI.

Objetivos específicos:

- Identificar as dimensões que mais contribuem para o desenvolvimento da cultura de segurança do cliente nas UCCI;
- Identificar a importância da cultura de segurança do cliente na gestão e organização das UCCI.

1.3 Local do estudo

As instituições participantes no estudo são as UCCI, integradas na RNCCI, nas tipologias de UC, UMDR e de ULDM e estão distribuídas por diferentes regiões geográficas de Portugal, maioritariamente na região de Lisboa e Vale do Tejo, como se pode verificar na figura 1.

Figura 1 - Distribuição geográfica das UCCI participantes no estudo



Na tabela 1 encontram-se discriminadas as UCCI participantes com as tipologias associadas, assim como o número total de camas afetas a cada tipologia, o número de enfermeiros por equipa e a taxa de resposta de cada UCCI.

Tabela 1 – Tipologias, lotação, dotações das UCCI participantes e taxa de resposta

UCCI	TIPOLOGIA	LOTAÇÃO	Nº DE ENFERMEIROS	TAXA DE RESPOSTA
Arifa – Nossa Senhora Monte Sião (1)	ULDM	30	8	88%
Santa Casa da Misericórdia de Arronches (2)	UMDR	23	21	71%
	ULDM	29		
Unidade de Saúde da ABEI de Vila Franca de Xira (3)	ULDM	30	7	100%
Associação de Beneficência Popular de Gouveia (4)	UMDR	30	21	57%
	ULDM	23		
Al-Vita Portimão (5)	UC	30	21	62%
	UMDR	30		
Santa Casa da Misericórdia Hospital Casimiro da Silva Marques – Bombarral (6)	UC	10	17	65%
	UMDR	14		
	ULDM	16		
Cercitop Algueirão (7)	UMDR	40	10	40%
	ULDM	9		
Cercitop Casal da Mata (8)	ULDM	23	4	100%
Sagrada Família – Santa Casa da Misericórdia da Amadora (9)	ULDM	30	5	60%
Clínica S. João de Ávila (10)	UC	25	13	77%
			Taxa média de resposta	72%

1.4 População-alvo

A população-alvo é constituída por 86 enfermeiros que desempenham funções (enfermeiros na prestação direta de cuidados e enfermeiros gestores) nas UCCI acima referidas, tendo-se obtido uma taxa média de resposta de 72%, que se apresenta ligeiramente superior à do estudo desenvolvido em 2014 pela AHRQ, que revelou uma taxa média de resposta de 65% (AHRQ, 2014). É igualmente superior à taxa de resposta do estudo de Wagner, Capezuti & Rice (2009), que foi de 45,5%.

Para a concretização do estudo, em novembro de 2014 foi solicitada autorização, via correio eletrónico, às Direções das Associações ou Mesas Administrativas das Santas Casas da Misericórdia de 20 UCCI, para se proceder à colheita de dados, junto

das equipas de enfermagem. No Apêndice I, encontra-se um exemplo de um pedido de autorização enviado a uma das UCCI.

Uma vez que se obtiveram poucas respostas, alguns dos pedidos foram reforçados telefonicamente até ao mês de fevereiro de 2015. Após autorização formal por parte de 10 UCCI, os questionários foram aplicados e recolhidos entre os meses de janeiro e maio de 2015. No Apêndice II, encontra-se um exemplo de resposta de uma das UCCI participantes.

De forma a cumprir os princípios ético-legais de um processo de investigação, foi garantida a confidencialidade e o anonimato dos participantes.

1.5 Procedimentos de análise e tratamento de dados

O *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) é um programa informático de apoio à análise estatística e serviu de suporte a este estudo, através da sua versão IBM SPSS *Statistics* 22.

2. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados utilizado neste estudo é o questionário NHSPSC (Anexo I), desenvolvido pela AHRQ, de utilização e tradução livres (AHRQ, 2014). A versão do teste piloto foi realizada em 2007, em 40 NH nos EUA, tendo sido aplicado a 3698 profissionais de saúde, com uma taxa média de resposta de 72% (AHRQ, 2008).

O NHSPSC permite efetivamente avaliar a cultura de segurança do cliente, sensibilizar a equipa para a problemática da segurança do cliente, identificar áreas de melhoria e avaliar o impacto das medidas de resposta.

Este instrumento de colheita de dados é composto por 42 itens de pesquisa e por 12 dimensões da cultura de segurança, que estão mencionadas na tabela 2.

Cada dimensão é constituída por três ou quatro questões, sendo que os inquiridos respondem numa escala de tipo *Likert*, consoante o grau de concordância e frequência. O questionário inclui ainda duas questões relacionadas com a avaliação global da cultura de segurança do cliente na UCCI em questão e onze questões sociodemográficas.

Tabela 2 - Dimensões do NHSPSC e respetivos itens de pesquisa

DIMENSÕES	ITENS DE PESQUISA
Trabalho em equipa	<p>A1 – Nesta Unidade os profissionais relacionam-se com respeito.</p> <p>A2 – Nesta Unidade os profissionais apoiam-se mutuamente.</p> <p>A5 – Os profissionais sentem que fazem parte de uma equipa.</p> <p>A9 – Quando um profissional tem sobrecarga de trabalho, recebe ajuda de outros.</p>
Pessoal	<p>A3 – Nesta Unidade existem profissionais suficientes para assegurar a quantidade de trabalho.</p> <p>A8 – Os profissionais têm de realizar as tarefas rapidamente porque têm muito trabalho.</p> <p>A16 – As necessidades do cliente são conhecidas nas mudanças de turno.</p> <p>A17 – É difícil manter a segurança do cliente porque muitos profissionais pretendem deixar este emprego.</p>

Conformidade com os procedimentos	<p>A4 – Os profissionais cumprem os protocolos na prestação de cuidados.</p> <p>A6 – Os profissionais recorrem a “atalhos” que permitem executar o seu trabalho mais rapidamente.</p> <p>A14 – Para facilitar o trabalho, os profissionais muitas vezes ignoram os procedimentos.</p>
Formação e capacitação da equipa	<p>A7 – Os profissionais têm a formação que necessitam para trabalhar nesta Unidade.</p> <p>A11 – Os profissionais têm formação suficiente para lidar com os clientes difíceis.</p> <p>A13 – Os profissionais compreendem a formação que lhes é proporcionada na Unidade.</p>
Resposta não punitiva ao erro	<p>A10 – Os profissionais são culpabilizados quando algum cliente sofre um dano.</p> <p>A12 – Os profissionais têm medo de notificar os seus erros.</p> <p>A15 – Os profissionais quando cometem erros, são tratados de forma justa.</p> <p>A18 – Os profissionais sentem-se seguros ao notificar os seus erros.</p>
Transmissão de informação nas passagens de turno	<p>B1 – Os profissionais recebem a informação necessária antes de cuidar do cliente pela primeira vez.</p> <p>B2 – Os profissionais são informados imediatamente quando há alguma alteração no plano de cuidados do cliente.</p> <p>B3 – Recebemos todas as informações necessárias quando o cliente vem transferido de um hospital.</p> <p>B10 – Aos profissionais é dada toda a informação necessária para cuidar do cliente.</p>
Feedback e comunicação sobre a existência de incidentes	<p>B4 – Quando os profissionais notificam algo que possa causar dano a um cliente, são desenvolvidas estratégias para a sua resolução.</p> <p>B5 – Nesta Unidade, falamos sobre a forma de evitar que os incidentes se repitam.</p> <p>B6 – Os profissionais comunicam a alguém se detetam algo que possa causar dano ao cliente.</p> <p>B8 – Nesta Unidade, discutimos formas de manter o residente livre de danos.</p>
Abertura para a comunicação	<p>B7 – As ideias e sugestões dadas pelos profissionais são valorizadas nesta Unidade.</p> <p>B9 – Nesta Unidade, as opiniões dos profissionais são ignoradas.</p> <p>B11 – Os profissionais têm facilidade em falar sobre os problemas nesta Unidade.</p>

Expectativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do cliente	C1 – O meu superior hierárquico ouve ideias e sugestões sobre a segurança do cliente. C2 – O meu superior hierárquico elogia os profissionais que seguem os procedimentos corretos. C3 – O meu superior hierárquico presta atenção aos problemas de segurança do cliente nesta Unidade.
Perceção geral da segurança do cliente	D1 – Os clientes são bem cuidados nesta Unidade. D6 – Esta Unidade realiza um bom trabalho para manter a segurança do cliente. D8 – Esta Unidade é um lugar seguro para o cliente.
Apoio da gestão para a segurança do cliente	D2 – Os gestores questionam os profissionais sobre formas de melhorar a segurança do cliente. D7 – Os gestores ouvem ideias e sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do cliente. D9 – Os gestores visitam frequentemente a Unidade para verificarem o modo como o cliente é cuidado.
Aprendizagem organizacional	D3 – Nesta Unidade permite-se que os mesmos erros se repitam várias vezes. D4 – É fácil fazer mudanças nesta Unidade, para melhorar a segurança do cliente. D5 – Esta Unidade está constantemente a tomar medidas para melhorar a segurança do cliente. D10 – Quando esta Unidade implementa alterações para melhorar a segurança do cliente, há a verificação da sua eficácia.

3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados do presente estudo serão apresentados, analisados e discutidos neste capítulo, com base nos dados obtidos através do NHSPSC e com recurso ao programa informático de análise estatística SPSS.

Para a análise e interpretação dos resultados foram seguidas as recomendações emanadas pela AHRQ, no que diz respeito aos itens e às dimensões do questionário, isto é, foi considerado o conjunto das percentagens de respostas positivas (concordo/concordo fortemente ou maioria das vezes/sempre) e, no caso das questões invertidas, o conjunto de percentagens de respostas negativas (discordo/discordo fortemente ou nunca/raramente).

Neste sentido, os resultados com percentagens acima dos 75% são considerados indicadores de uma forte cultura de segurança e os resultados com percentagens inferiores a 50% são classificados como fraquezas ou áreas de potencial melhoria. Apesar de diversos autores não valorizarem os resultados entre os 50% e os 75% e estes efetivamente não serem problemáticos, deverão ser encarados como oportunidades de melhoria.

A apresentação dos resultados encontra-se dividida em duas partes, sendo a primeira referente às características sociodemográficas da população-alvo e a segunda alusiva à distribuição das respostas da população-alvo pelos 42 itens, agrupados por dimensão.

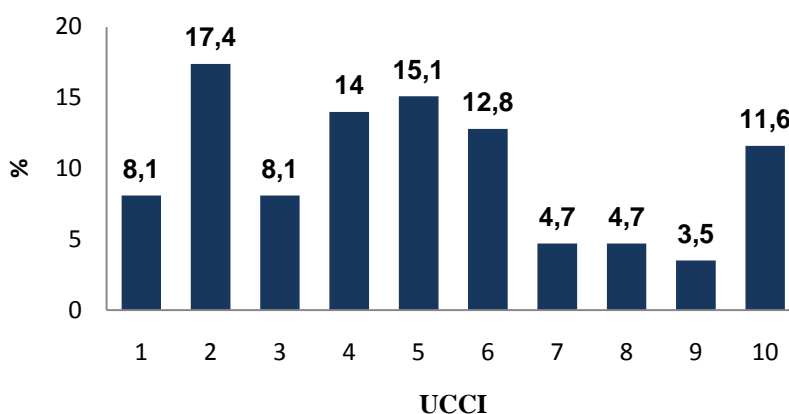
3.1 Características sociodemográficas da população-alvo

Num total de 86 respondentes, as UCCI 2, 5, 4 e 6 são as que se destacam no que diz respeito ao contributo para este estudo em respostas obtidas (gráfico 1). A UCCI 2 representa 17,4% (n=15) da população-alvo, seguindo-se a UCCI 5 com uma representação de 15,1% (n=13), a UCCI 4 com 14% e a UCCI 6 com 12,8% da população-alvo.

A UCCI menos representativa na população-alvo é a 9, com apenas 3,5%, pois apenas 3 profissionais responderam ao questionário.

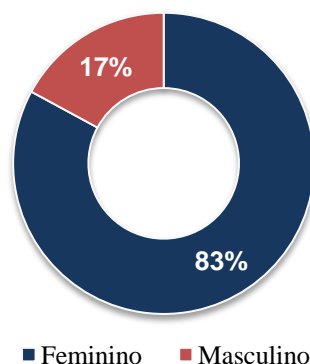
No estudo de Handler et al (2006), constata-se um número muito semelhante de enfermeiros. Embora no seu estudo a população-alvo diga respeito à equipa multidisciplinar, verificou-se que 78 dos inquiridos eram enfermeiros, número este comparável com o total de enfermeiros participantes no presente estudo.

Gráfico 1 – Distribuição total de respondentes por UCCI



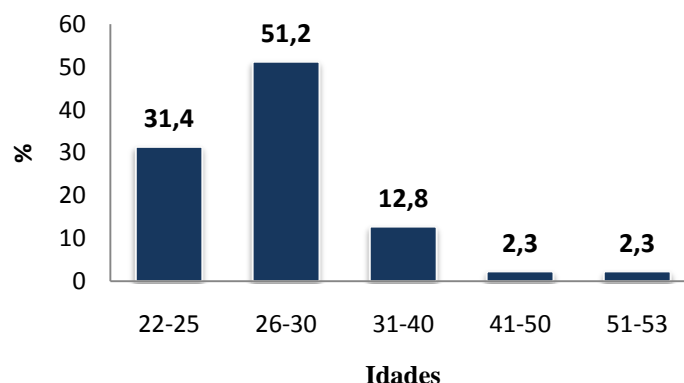
A população-alvo deste estudo é constituída maioritariamente por profissionais do sexo feminino (83%), quando comparado com o género masculino, que apenas tem uma representação de 17%. Este facto é igualmente verificável em outros estudos, como por exemplo, no de Handler et al (2006), em que de um total de 78 enfermeiros, 86,2% são do género feminino. Da mesma forma, no estudo de Hughes & Lapane (2006), de um conjunto de 367 enfermeiros, 95% são do referido género.

Gráfico 2 – Distribuição da amostra por género



Relativamente à distribuição das idades dos profissionais respondentes, verifica-se, de acordo com o gráfico 3, que 51,2% (n=44) da população-alvo apresenta uma idade compreendida entre 26 e 30 anos e que 31,4% (n=27) dos profissionais têm entre 22 e 25 anos. A média de idades é de 27 anos e a moda de 26 anos, o que reflete visivelmente que as equipas das UCCI são constituídas maioritariamente por enfermeiros jovens e naturalmente com menos experiência profissional. Este facto não significa obrigatoriamente que a perceção sobre a cultura de segurança seja afetada, no entanto a qualidade dos cuidados pode ser condicionada pela falta de experiência profissional.

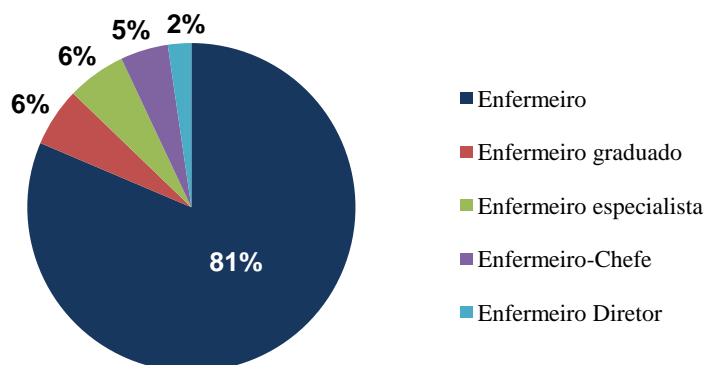
Gráfico 3 – Distribuição da amostra por idade



O grupo profissional mais representativo na área da saúde é o dos enfermeiros, que neste estudo são os únicos participantes. Dos 86 respondentes, 81% (n=70) enquadram-se na categoria profissional de enfermeiro, 6% (n=5) são enfermeiros graduados, 6% (n=5) são enfermeiros especialistas e os restantes 7% dizem respeito a enfermeiros gestores, nas categorias de enfermeiro-chefe (n=4) e enfermeiro diretor (n=2).

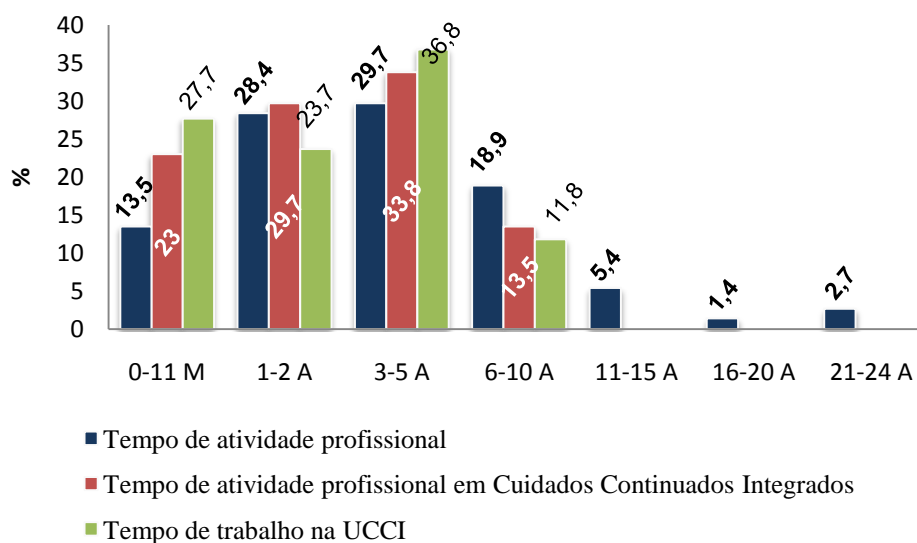
No estudo desenvolvido por Wagner, Capezuti & Rice (2009), 44,5% da população-alvo dizia respeito a enfermeiros gestores, enquanto que 35,6% eram enfermeiros da prestação de cuidados, resultados estes que se afiguram muito desiguais quando comparados com os do presente estudo, em que os enfermeiros gestores correspondem a uma percentagem reduzida (7%).

Gráfico 4 – Distribuição da amostra por categoria profissional



Como é verificável no gráfico 5, do total de inquiridos, 58,1% dos enfermeiros apresentam um tempo de atividade profissional de 1 a 5 anos e 18,9% de 6 a 10 anos. Relativamente à experiência profissional na área de Cuidados Continuados Integrados, 33,8% dos enfermeiros trabalha entre 3 a 5 anos e 29,7% entre 1 a 2 anos. Em contraste surge 13,5% da população-alvo no intervalo de 6 a 10 anos. Este dado deve-se ao facto da RNCCI existir apenas desde 2006, motivo pelo qual as UCCI são relativamente recentes em Portugal. O mesmo não se verifica noutros estudos internacionais, como por exemplo, no estudo de Wagner, Capezuti & Rice (2009), em que 25% da população trabalha em *Long-Term Care* há mais de 16 anos, tempo considerado razoável para os profissionais estarem suficientemente envolvidos na cultura organizacional.

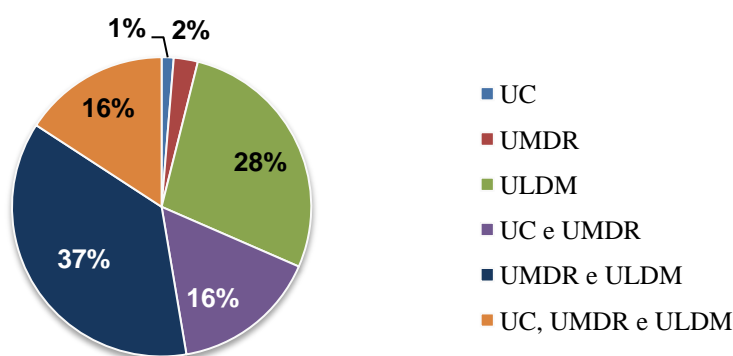
Gráfico 5 – Distribuição da amostra por tempo de atividade profissional



Ainda de acordo com os referidos autores, o tempo de experiência profissional não interfere de forma significativa na perceção que se tem sobre a cultura de segurança (Wagner, Capezuti & Rice, 2009).

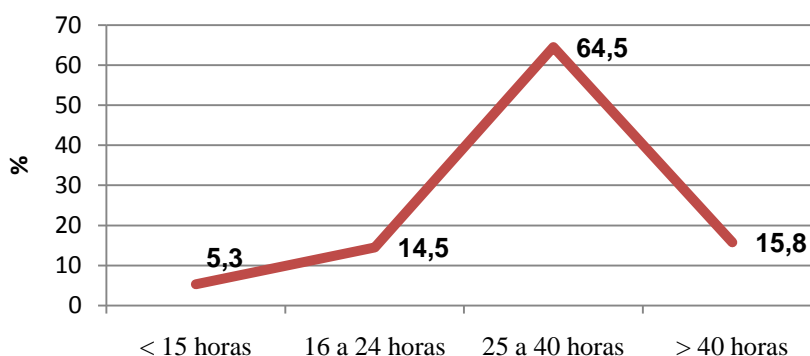
No que diz respeito às tipologias das UCCI (gráfico 6), 28% dos enfermeiros trabalham em ULDM, 2% em UMDR e apenas 1% em UC. Verifica-se ainda que, pelo facto de algumas UCCI incluírem mais do que uma tipologia, 37% dos enfermeiros trabalham em UMDR e ULDM simultaneamente, 16% em UC e UMDR e 16% em UC, UMDR e ULDM.

Gráfico 6 - Distribuição da amostra por tipologia de internamento



Relativamente ao número de horas que os respondentes trabalham por semana (gráfico 7), a grande percentagem (64,5%) trabalha entre 25 a 40 horas, 15,8% trabalha por semana mais do que 40 horas e apenas 5,3% trabalha menos de 15 horas por semana.

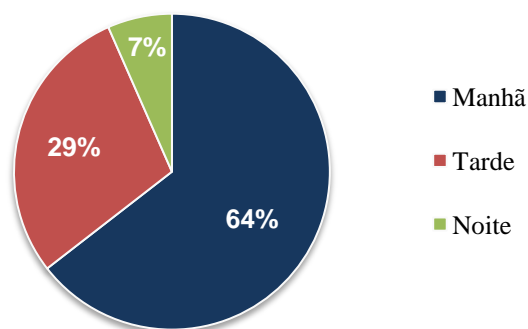
Gráfico 7 - Distribuição da amostra pelo número de horas que trabalha por semana



Do total de respondentes, 64% trabalha no turno da manhã, 29% trabalha no turno da tarde e somente 7% no turno da noite (gráfico 8).

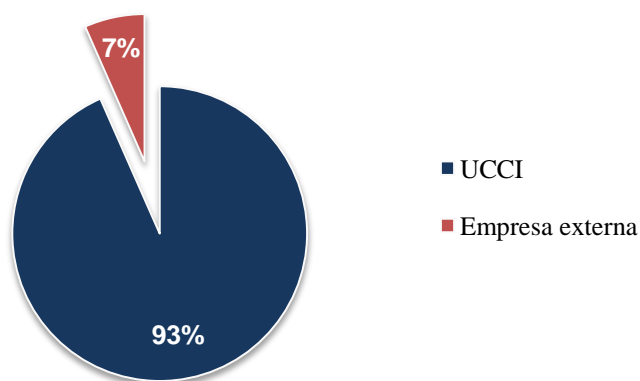
De acordo com Hughes & Lapane (2006), cerca de 50% dos enfermeiros trabalham frequentemente no turno da manhã, 13% no turno da tarde e 16% no turno da noite.

Gráfico 8 – Distribuição da amostra por frequência de turno



No que diz respeito à entidade pela qual os enfermeiros são remunerados (gráfico 9), 7% dos enfermeiros são recrutados por empresas externas e 93% possuem vínculo contratual com a UCCI.

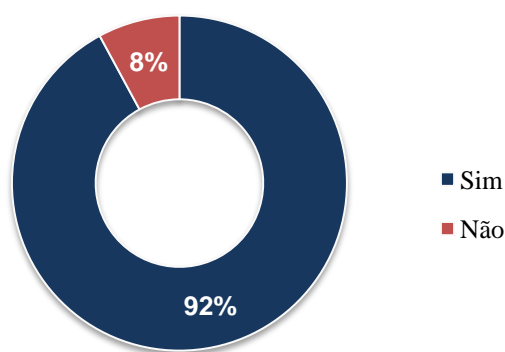
Gráfico 9 – Distribuição da amostra por entidade pela qual é paga



A grande maioria da população-alvo (92%) interage diretamente com o cliente, ou seja, exerce funções na prestação direta de cuidados (gráfico 10). Apenas 8% não interage diretamente com o cliente, dados estes que vão ao encontro dos resultados

observáveis na distribuição da amostra por categoria profissional, ou seja, os profissionais que não interagem diretamente com o cliente correspondem às categorias dos enfermeiros gestores (enfermeiro-chefe e enfermeiro diretor).

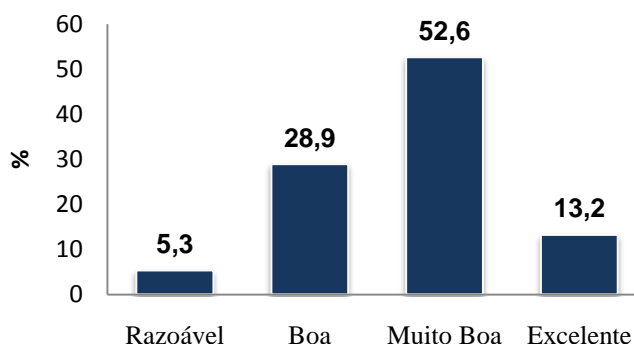
Gráfico 10 - Distribuição da amostra por interação direta com o cliente



Em relação à avaliação global das UCCI (gráfico 11) no que diz respeito à segurança do cliente, verifica-se que 52,6% dos profissionais avalia a UCCI como “muito boa”, 28,9% como “boa”, 13,2% como “excelente” e somente 5,3% avalia como “razoável”.

Dados relativamente semelhantes são encontrados no estudo de Wagner, Capezuti & Rice (2009), onde 31,3% dos enfermeiros classificam a sua instituição como “boa” e 53,3% como “muito boa”.

Gráfico 11 - Avaliação global da UCCI



Ainda segundo Wagner, Capezuti & Rice (2009), os enfermeiros gestores têm uma percepção mais positiva sobre a segurança do cliente do que os enfermeiros na prestação de cuidados. De acordo com estes autores, a explicação para este dado reside

no facto de os gestores, na maioria das vezes, não estarem tão próximos da realidade em que o cliente é cuidado, enquanto que o enfermeiro, ao cuidar diariamente do cliente, tem uma perspetiva mais real dos problemas de segurança que existem.

Ainda relativamente à opinião dos profissionais sobre as UCCI, 93,4% afirma que diria aos seus amigos que a UCCI é segura, 6,6% talvez recomendasse a UCCI aos seus amigos, não havendo quaisquer respostas negativas face a esta questão (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da amostra por opinião sobre a segurança da UCCI

Item: Considera a UCCI segura/recomendaria aos seus amigos?	Sim	93,4%
	Talvez	6,6%
	Não	0%

3.2 Distribuição de respostas por dimensão

O questionário NHSPSC permite uma classificação global sobre a cultura de segurança do cliente, percebida em 12 dimensões referentes aos domínios de segurança das UCCI. A percentagem de respostas positivas ou negativas em cada um dos itens pode contribuir para identificar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria na área de segurança do cliente.

Trabalho em Equipa

Esta dimensão, constituída por quatro questões, obteve uma resposta média positiva de 79,3%. No estudo de Wagner, Capezuti & Rice (2009), a média de respostas positivas foi muito semelhante, com valores de 74,05%.

Constata-se que a maioria dos respondentes consideram que os profissionais relacionam-se com respeito (90,8%), apoiam-se mutuamente (77,6%), sentem que fazem parte de uma equipa (80,2%) e recebem ajuda de outros quando têm sobrecarga de trabalho (68,4%).

Mediante estes dados, pode-se afirmar que a maioria dos profissionais trabalha em equipa para cuidar do cliente, o que, segundo diversos autores, é considerado essencial para a segurança do mesmo e qualidade dos cuidados (AHRQ, 2011;

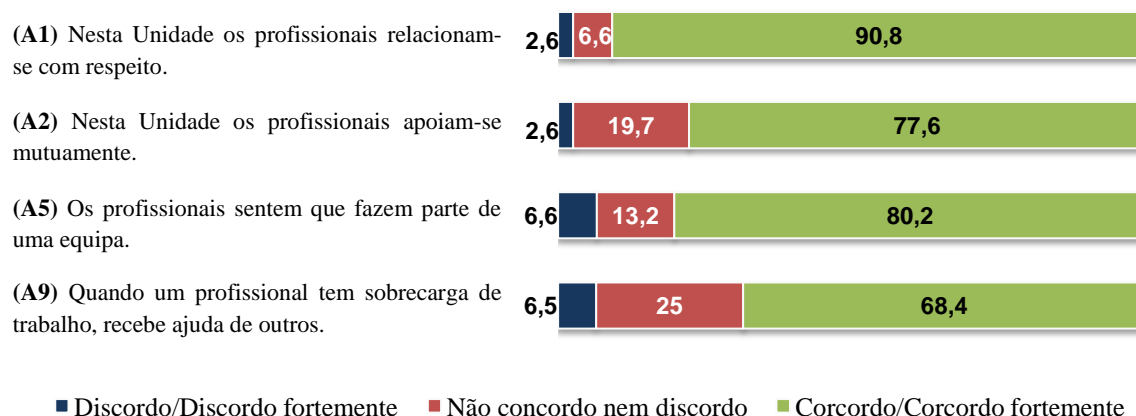
Chaboyer, McMurray & Wallis, 2010; Sammer et al, 2010). Estes dados vão também ao encontro dos resultados obtidos em estudos semelhantes (Costa, 2013; AHRQ, 2014; Handler et al, 2006).

Contrariamente aos dados analisados, Hughes & Lapane (2006), verificaram ainda que 23% dos enfermeiros consideram que alguns profissionais não querem ajudar os outros, trabalhando estes por conta própria, atitude esta que não se coaduna com o espírito de trabalho em equipa. Resultados semelhantes são descritos no estudo de Castle & Sonon (2006).

Diversos organismos, incluindo a DGS (2011), recomendam que se implemente nas organizações de saúde uma metodologia de trabalho em equipa, que conduza a uma cultura de segurança. O trabalho em equipa deve ser valorizado e considerado uma competência basilar inerente a todos os profissionais de saúde, especialmente aos enfermeiros.

A OE (2009) salienta que para promover um trabalho de equipa efetivo, a organização deve treinar a importância de se trabalhar em equipa multidisciplinar, priorizando os elementos que manifestam maior dificuldade nesta competência. Da mesma forma, a AHRQ (2011) declara que a melhoria da qualidade depende inevitavelmente do trabalho em equipa, pelo que é importante a existência de um ambiente de trabalho positivo, onde os profissionais colaborem entre si, por forma a alcançar melhores resultados de segurança e de qualidade dos cuidados.

Gráfico 12 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Trabalho em Equipa



Pessoal

O resultado desta dimensão, que se refere às dotações seguras, advém da avaliação a quatro itens e obteve uma média de respostas positivas de 54,3%.

Verifica-se que existe um equilíbrio entre os enfermeiros que concordam e que discordam no que diz respeito à existência de profissionais suficientes para assegurar a quantidade de trabalho (38,2%). Estes resultados refletem a reestruturação das organizações de saúde, nas quais são aplicadas inúmeras medidas de redução de custos, entre elas a redução do número de profissionais qualificados, o que compromete a segurança dos clientes e a qualidade dos cuidados prestados.

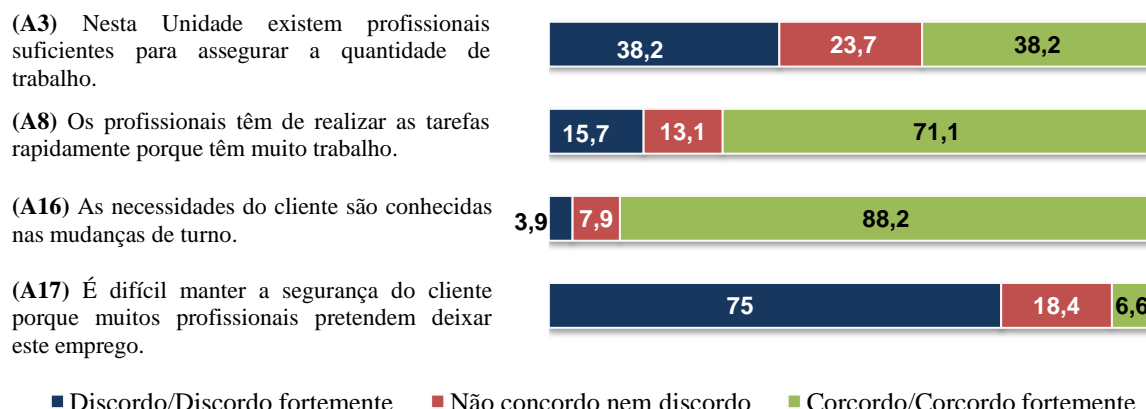
As dotações seguras preveem a disponibilidade, em todas as situações, de uma quantidade de profissionais, com uma combinação adequada de níveis de competência, que assegure a necessidade de cuidados dos clientes e que garanta condições de trabalho isentas de risco.

No estudo realizado por Aiken et al (2001), verificou-se que a existência de poucos enfermeiros na organização impossibilitou a prestação de cuidados de elevada qualidade. Outros estudos também apontam para insatisfação com o número de colaboradores (Castle & Sonon, 2006; AHRQ, 2011; Costa, 2013). No entanto, Handler et al (2006) encontraram outra realidade no seu estudo, dado que os enfermeiros consideraram a existência de colaboradores suficientes para assegurar a quantidade de trabalho.

A maioria da população-alvo (71,1%) afirma que tem de realizar as tarefas rapidamente porque existe bastante trabalho. Este deve ser considerado como um fator a otimizar, uma vez que o profissional de saúde sob a influência do *stress* de trabalho apresenta um risco acrescido de cometer erros (Carthey & Clarke, 2010). Estes resultados também são partilhados pelo estudo piloto de AHRQ (2011).

Quando as equipas de saúde se encontram reduzidas, seja temporariamente ou de forma definitiva, é frequente a existência de práticas de trabalho muito prolongadas, com falta de descanso. Sendo a fadiga considerada um importante fator de risco na prestação de cuidados, o enfermeiro gestor apresenta um papel determinante, no sentido de dissuadir ou evitar jornadas contínuas e prolongadas, sendo esta uma medida basilar na promoção da segurança do cliente.

Gráfico 13 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Pessoal



Conformidade com os Procedimentos

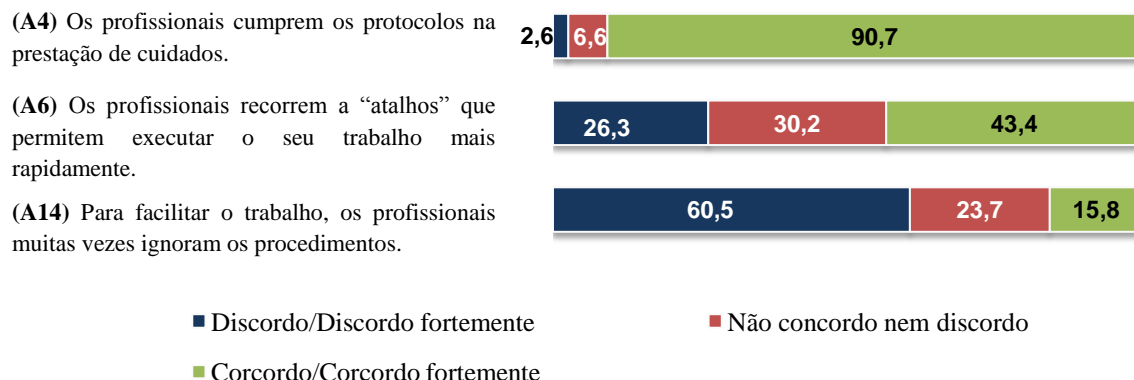
Esta dimensão, constituída por três questões, obteve uma resposta média positiva de 59,2%.

Quando se colocam as questões relacionadas com o cumprimento de procedimentos e protocolos, de um modo geral verifica-se que a maioria (90,7%) concorda com a afirmação. Quanto ao item A6, 43% dos profissionais afirmam que recorrem a atalhos que permitem executar o trabalho mais rapidamente, no entanto apenas 15,8% referem ignorar os procedimentos para facilitar o trabalho.

Os procedimentos são, no fundo, um conjunto de medidas, instituídas com o objetivo de uniformizar a prática dos profissionais, contribuindo para a evicção de erros decorrentes da prática clínica. Esta abordagem baseia-se num conjunto de intervenções, que evoca um conceito recente, conhecido por “*bundlle*”, onde estão associadas a educação, formação de equipas de qualidade, monitorização do cumprimento das práticas e informação de retorno sobre o desempenho dos profissionais (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010). Este conceito assenta numa estratégia que implica essencialmente um trabalho efetivo em equipa multidisciplinar.

Os dados desta dimensão devem ser considerados preocupantes, uma vez que os procedimentos envolvem diferentes intervenientes. Quando um dos intervenientes falha ou ignora um procedimento ou parte dele, provavelmente isso comprometerá a intervenção de outros intervenientes, o que potencia sobremaneira a ocorrência de erros, por vezes considerados graves.

Gráfico 14 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Conformidade com os Procedimentos



Formação e Capacitação da Equipa

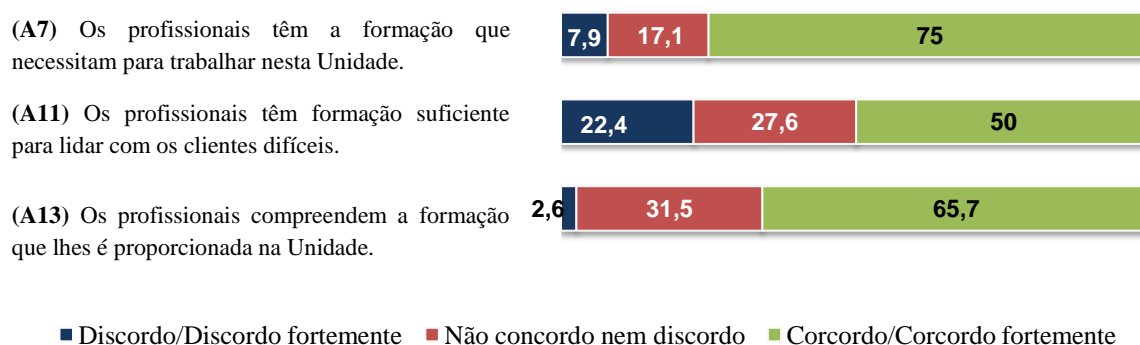
O resultado desta dimensão advém da avaliação de três questões e obteve uma média de respostas positivas de 63,6%.

No que concerne assim à Formação e Capacitação da Equipa, 75% dos enfermeiros concordam/concordam fortemente que recebem a formação de que necessitam para trabalhar na UCCI, 50% referem receber formação para lidar com os clientes difíceis, sendo que os outros 50% discordam ou não concordam nem discordam com esta afirmação. Face ao item A13, verifica-se que 65,7% compreende a formação que lhes é proporcionada. Resultados muito semelhantes foram encontrados no estudo de Costa (2013).

A formação proporciona, inexoravelmente, um conjunto de benefícios que potenciam a cultura de segurança pela adoção de boas práticas e rotinas. A aprendizagem é a garantia da evolução e deve ser encarada como uma obrigação ética e moral da equipa ou organização, independentemente de esta ser formal ou informal, estruturada ou não (Fragata et al, 2006).

Nesta linha de pensamento, Sousa, Uva & Serranheira (2010) mencionam ser crucial que em Portugal se mobilizem esforços no sentido de desenvolver recursos humanos, técnicos e financeiros para a construção e reforço da formação e da investigação.

Gráfico 15 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Formação e Capacitação da Equipa



Resposta Não Punitiva ao Erro

Esta dimensão, constituída por quatro questões, obteve uma resposta média positiva de 48,7%, sendo que apenas 29% dos enfermeiros discorda que são culpabilizados quando algum cliente sofre um dano, 34,2% concorda/concorda fortemente e 36,8% não concorda nem discorda com a afirmação. Estes dados são comparáveis com outros estudos, onde se verifica a existência de um ambiente hostil e punitivo (Handler et al, 2006; Hughes & Lapane, 2006; Scott-Cawiezell et al, 2006; AHRQ, 2011; AHRQ, 2014; Costa, 2013; AHRQ, 2014, Wagner, Capetuzi & Rice, 2009, Castle & Sonon, 2006).

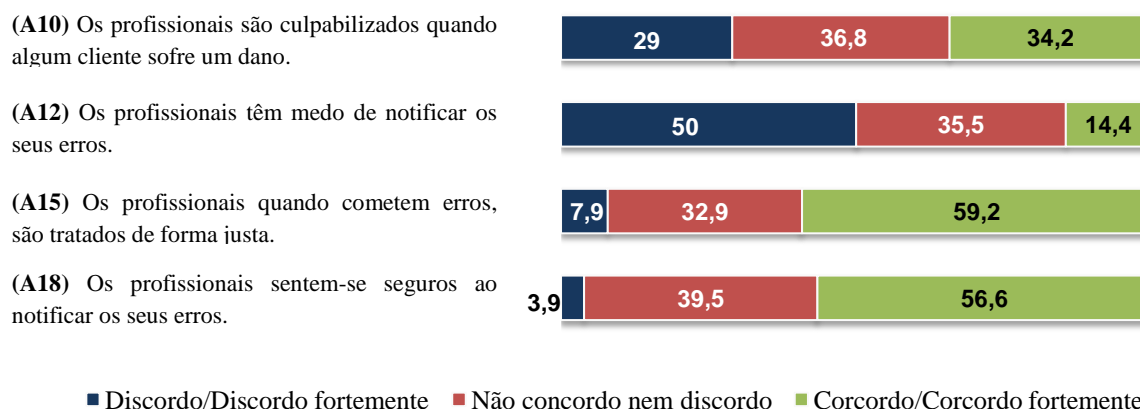
Observando estes dados, verifica-se uma distribuição muito equilibrada da opinião entre os enfermeiros. Entende-se que alguns profissionais sentem que prevalece uma cultura de culpabilização, o que se torna prejudicial para a organização, uma vez que uma cultura de culpabilização desencoraja os profissionais a notificarem os seus erros, provocando, em última instância, a incapacidade de identificar ou corrigir problemas no sistema que provocam ou contribuem para a ocorrência de erros (Doran, 2011).

A comunicação do erro permite à organização examinar os fatores organizacionais e da gestão – fatores sistémicos - que permitiram que o evento adverso ocorresse (ECRI Institute, 2009). A análise de eventos adversos deve ser realizada de forma a que, segundo Fragata et al (2006), quando personalizada, não dê início a um ciclo de medo e de fuga por receio de represálias.

Neste sentido, é fundamental que os enfermeiros adquiram o hábito de notificar, sem receio de culpa, todas as ocorrências fora do esperado, para que sejam analisadas e identificadas trajetórias de erro ou violação de regras, que, uma vez corrigidas a tempo, podem evitar eventos sentinela e contribuir para uma aprendizagem multidisciplinar.

Quando existe, de facto, uma cultura de segurança, os profissionais reportam voluntariamente qualquer incidente, mesmo que insignificante, porque sabem, de antemão, que essa declaração não vai implicar punição ou censura. Assim, as UCCI participantes neste estudo devem investigar quais as falhas latentes que levam a erros frequentes e substituir a cultura de culpabilização por uma cultura justa e centrada na segurança, considerando que esta mudança requer um compromisso organizacional (Scott-Cawiezell et al, 2006).

Gráfico 16 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Resposta não Punitiva ao Erro



Transmissão de Informação nas Passagens de Turno

Na dimensão Transmissão de Informação nas Passagens de Turno, avaliada em quatro questões, obteve-se uma média de respostas positivas de 70,4%.

Observa-se que a maioria dos profissionais sente que recebem a informação necessária antes de cuidar de um utente pela primeira vez (81,6%) e percebem que são informados imediatamente quando há alguma alteração no plano de cuidados (77,6%). Estes resultados demonstram que os enfermeiros comunicam eficazmente entre si, assegurando a continuidade dos cuidados ao cliente. Esta questão

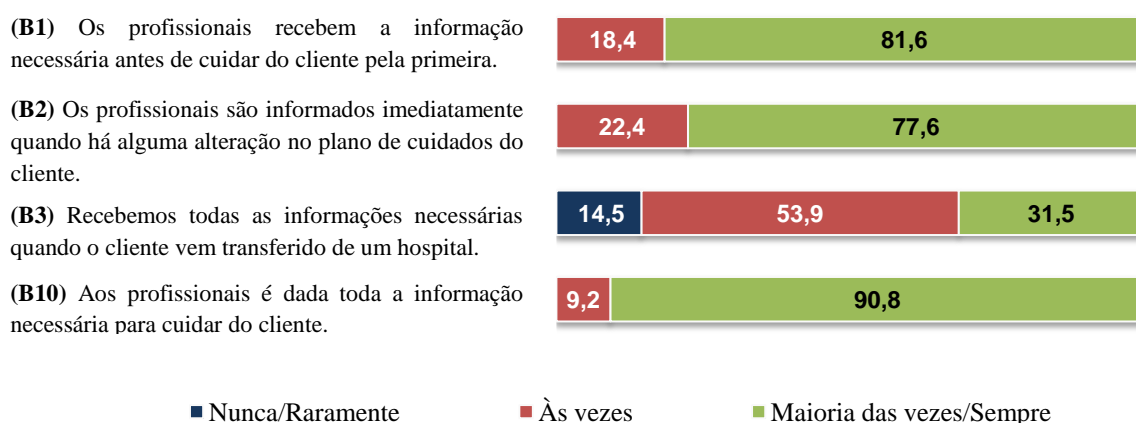
particularmente é muito importante, uma vez que as equipas são compostas por diversos elementos e que o cliente é cuidado por todos esses profissionais.

O processo de passagem de turno introduz um risco para a segurança do cliente, em cada intervalo, pois a informação clínica pode não ser transmitida com precisão entre os enfermeiros (WHO, 2007).

Também a transferência de um cliente de hospital de agudos para a UCCI pode representar um risco em termos de comunicação e de perda de informação, pelo que apenas 31,5% afirma que recebem todas as informações necessárias quando o utente vem transferido de um hospital. De acordo com a *The Joint Commission* (2015), a maioria dos erros médicos graves envolvem a falta de comunicação entre profissionais de saúde quando os clientes são transferidos para outra instituição ou profissional.

Por outro lado, 90,8% dos enfermeiros afirmam que é-lhes dada toda a informação necessária para cuidar do cliente. Este resultado apresenta um bom contributo para a segurança do mesmo, pois se a comunicação entre os profissionais durante a transferência para outro profissional, não incluir todas as informações essenciais, ou se a informação for mal interpretada, pode causar uma rutura na continuidade dos cuidados e procurar danos graves para o cliente.

Gráfico 17 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Transmissão de Informação nas Passagens de Turno



Handover é o processo de passagem de informação entre os profissionais de saúde, que implica também a transferência da responsabilidade do cuidado, que acontece num sistema organizacional e cultural complexo (Santos et al, 2010).

A complexidade do tipo de informação a ser transmitida, os meios de comunicação adotados e as características dos vários cuidadores tem impacto na efetividade e eficiência do *handover* e, conseqüentemente na segurança do cliente. O aumento da qualidade das passagens de turno tem sido associado à melhor qualidade dos serviços, à diminuição de erros e à diminuição da mortalidade (Santos et al, 2010).

Feedback e Comunicação sobre a Existência de Incidentes

A avaliação desta dimensão resulta da média de respostas positivas a quatro questões e apresenta o valor de 85,5%. Também o estudo de Costa (2013) e os estudos da AHRQ (2011; 2014) obtiveram bons resultados para esta dimensão.

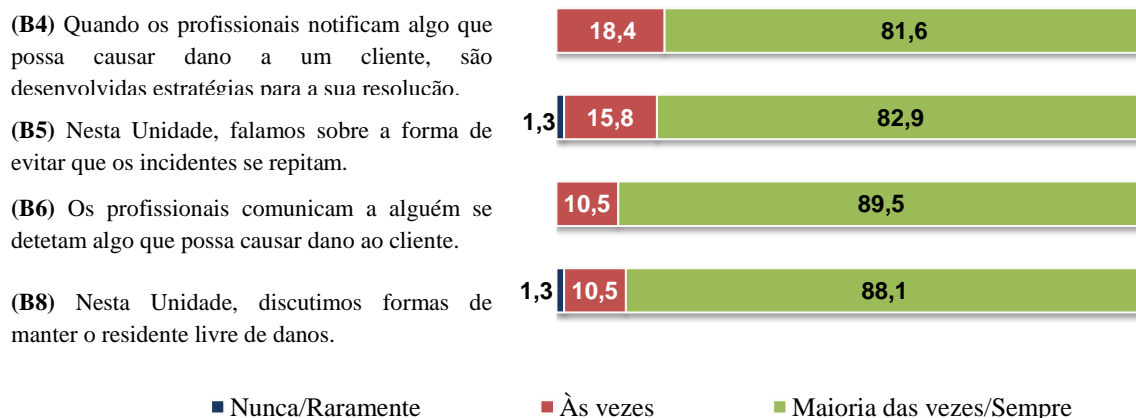
Analisando os itens da dimensão, a amostra revelou bons resultados, respondendo aos itens B4, B5, B6 e B8 com uma percentagem sempre superior a 80%. Estes resultados são concordantes com a opinião de Carneiro (2010) que considera, sob o ponto de vista organizacional, que as medidas implementadas têm de ser globais e que devem envolver todos os elementos da equipa nos processos de *reporting* e *feedback* permanentes. Para Fragata et al (2006), as instituições seguras são as que rejeitam o conceito de infalibilidade e estão aptas a analisar os seus próprios erros, numa perspetiva sistémica.

Esta dimensão é, no entanto, contrariada por outros estudos, em que não é considerada um ponto forte da cultura de segurança, mas uma fraqueza (Castle & Sonon, 2006; Wagner, Capezuti & Rice, 2009).

Os profissionais de saúde devem ser sensibilizados para a importância da notificação de erros, porque quando estes são conhecidos, é possível identificar as causas e as falhas ocorridas, com o propósito de implementar estratégias de ação e correção que visem em situações seguintes e similares a redução ou eliminação do erro (Sousa et al., 2011).

Para isto, é importante que os enfermeiros gestores tenham uma boa compreensão da cultura de segurança, para que possam tomar decisões informadas sobre estratégias de melhoria (Fleming, 2005).

Gráfico 18 - Distribuição da amostra quanto à dimensão *Feedback* e Comunicação sobre a Existência de Incidentes



Abertura para a Comunicação

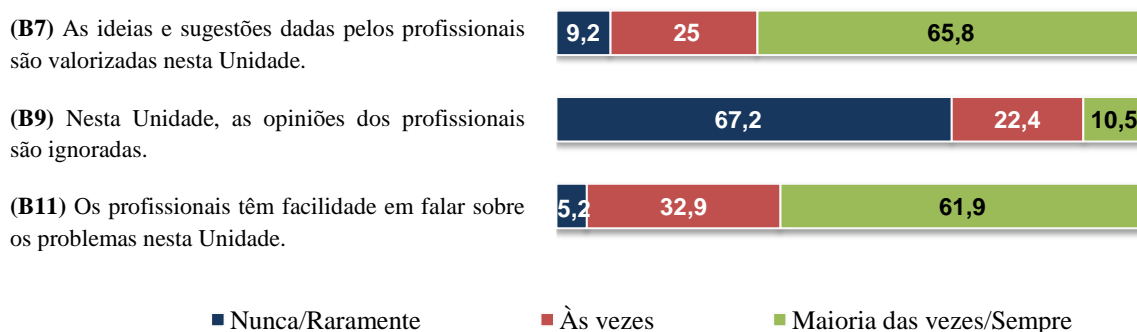
A avaliação desta dimensão é obtida através de três questões, para as quais se obteve uma média positiva de 65%.

Os enfermeiros inquiridos consideram que as suas ideias e sugestões são valorizadas (65,8%), as suas opiniões nunca/raramente são ignoradas (67,2%) e têm facilidade em falar sobre os problemas da UCCI (61,9%). Através da análise dos resultados é possível depreender que existe boa comunicação entre a maior parte dos elementos da equipa, com foco na partilha de opiniões e sugestões, contribuindo para o desafio de tornar os cuidados mais seguros. Estes resultados apontam para percentagens ligeiramente superiores ao estudo de Costa (2013) e ao estudo da AHRQ (2011).

No estudo desenvolvido por Scott-Cawiezell et al (2006), verificou-se que os membros da equipa sentiram-se confortáveis uns com os outros e ansiosos para participar de conversas em que eram partilhados os reais desafios de administração de terapêutica.

Na opinião de alguns autores, quando os membros da equipa não se sentem valorizados ou sentem que não podem falar nem ser ouvidos, há um aumento do risco de dano para o cliente (Carthey & Clarke, 2010). De acordo com a WHO (2009), a comunicação ineficaz foi identificada como uma das principais causas de eventos sentinela notificados, sendo reconhecida como um problema grave de segurança na área da saúde.

Gráfico 19 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Abertura para a Comunicação



Expectativas dos Superiores Hierárquicos em relação à Promoção de Segurança do Cliente

A avaliação desta dimensão resulta da média de respostas positivas a três questões e apresenta o valor de 92,1%.

Nos itens relacionados com a perceção dos enfermeiros acerca do superior hierárquico, a grande maioria concorda/concorda fortemente com as afirmações, destacando-se os itens C1 e C3, ambos com 91,6%, referente ao facto das ideias e sugestões serem ouvidas pelo superior hierárquico e deste último prestar atenção aos problemas de segurança da UCCI. Outros estudos revelam resultados muito semelhantes (Handler et al, 2006; Wagner, Capezuti & Rice, 2009).

Estes resultados refletem um certo envolvimento de todos, o que pressupõe a existência de uma atitude organizacional dominante, em que todos os profissionais estão motivados a implementar mudanças para a melhoria de processos.

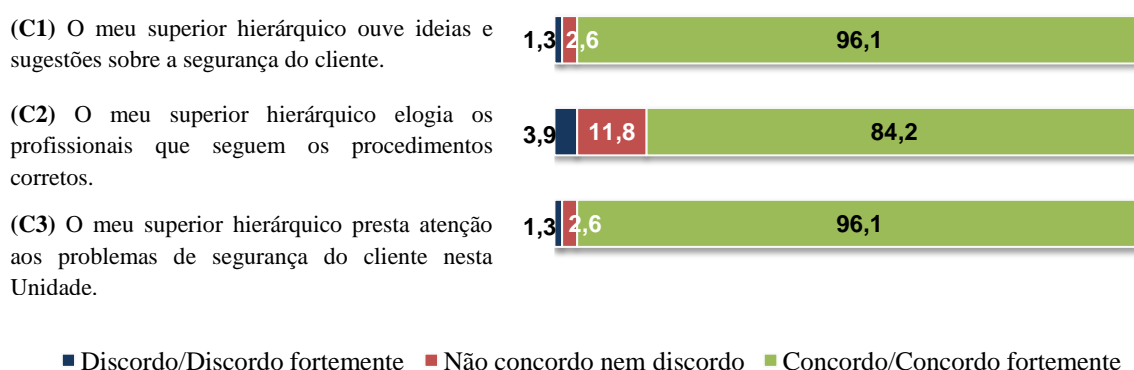
O papel do líder na organização é o de dinamizar o grupo, potenciando o que de melhor existe em cada membro, em termos de características pessoais e técnicas, num resultado final que traduza mais do que a simples somas dos contributos de cada indivíduo isoladamente e que irá contribuir para o aumento da eficácia da equipa. Uma liderança correta adicionará assim valor à simples adição das partes, e uma das componentes de uma liderança correta será certamente uma boa gestão de hierarquias.

A liderança deve desenvolver, continuamente, atividades que criem nos membros da organização sentimentos de lealdade, estabelecendo processos de

comunicação bidirecional, que estimulem e criem um clima de confiança, conduzindo-as para a qualidade e para a segurança (Simões & Fávero, 2003).

A liderança é assim uma componente muito determinante na performance da equipa e dela depende a capacidade da equipa em evoluir, mudar e aprender com os erros, no sentido de promoção da segurança do cliente e da melhoria do ambiente da prática profissional (Simões & Fávero, 2003).

Gráfico 20 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Expectativas dos Superiores Hierárquicos em relação à Promoção da Segurança do Cliente



Perceção Geral da Segurança do Cliente

Relativamente à dimensão Perceção Geral da Segurança do Cliente, avaliada em três questões, obteve-se uma média de respostas positivas de 89%.

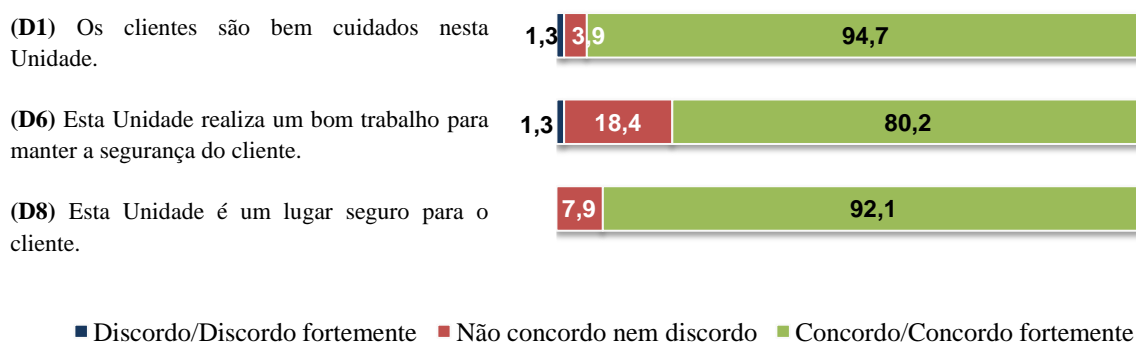
A grande maioria dos enfermeiros afirma que os clientes são bem cuidados na UCCI (94,7%), que a UCCI realiza um bom trabalho para manter a segurança dos clientes (80,2%) e 92,1% dos inquiridos considera a Unidade um lugar seguro para o utente. Estes resultados revelam que os enfermeiros reconhecem que se desenvolvem esforços para prestar cuidados de qualidade e assumem a segurança do cliente como uma componente integrante e princípio fundamental da UCCI. Esta visão é partilhada pelo estudo de Costa (2013) e pelos estudos da AHRQ (2011; 2014).

Segundo a OE (2001), os clientes têm direito a cuidados seguros, pelo que a organização deve encetar esforços e assegurar um ambiente isento de riscos, através da criação de uma cultura de segurança, que integre simultaneamente atividades de gestão de risco.

De acordo com Hughes & Lapane (2006), 10% dos enfermeiros reportaram que na maior parte do tempo ocorreram problemas com a segurança do cliente na sua Unidade e 15% afirmaram ser uma sorte que erros mais graves não ocorressem no serviço.

Carthey & Clarke (2010) referem que o líder deve recorrer à utilização de ferramentas de avaliação da cultura de segurança da organização, uma vez que estas possibilitam a identificação da forma como a equipa se sente em relação às questões de segurança do cliente.

Gráfico 21 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Percepção Geral da Segurança do Cliente



Apoio da Gestão para a Segurança do Cliente

Relativamente ao Apoio da Gestão para a Segurança do Cliente, dimensão constituída por três questões, obteve-se uma média de respostas positivas de 69,3%.

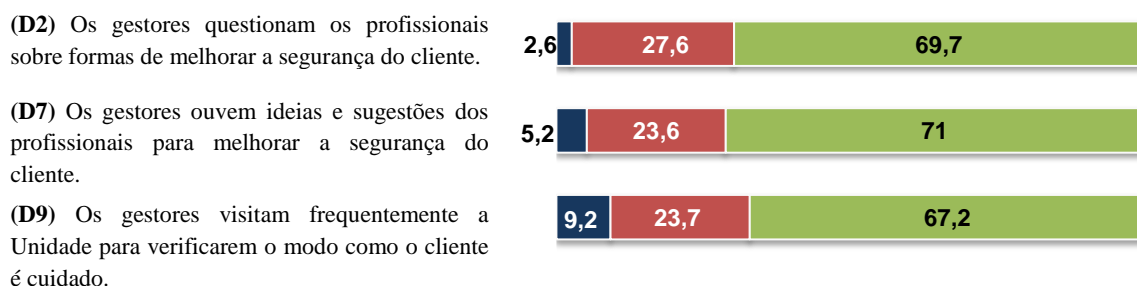
Pela análise desta dimensão, verifica-se que em todos os itens existe uma percentagem entre 67% e 71% que concordam/concordam fortemente com o facto de os gestores questionarem os enfermeiros a respeito da segurança do cliente, de ouvirem as suas ideias e sugestões e visitarem frequentemente a UCCI para verem como os clientes são cuidados.

Nos estudos de Wagner, Capezuti & Rice (2009) e de Handler et al (2006) verificaram-se resultados concordantes com o facto dos enfermeiros gestores se preocuparem efetivamente como a segurança dos clientes. O apoio da gestão a este nível deve traduzir-se no envolvimento de toda a equipa, procurando focalizar os cuidados

nos clientes, de forma a promover de um modo contínuo a identificação e compreensão das necessidades dos mesmos e a qualidade dos cuidados prestados.

No estudo de Castle & Sonon (2006), os resultados refletem uma insatisfação elevada relativamente ao apoio oferecido pelos gestores das instituições, uma vez que esta dimensão apresenta uma média de percentagens positivas de 40%.

Gráfico 22 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Apoio da Gestão para a Segurança do Cliente



■ Discordo/Discreto fortemente ■ Não concordo nem discreto ■ Concordo/Concordo fortemente

Aprendizagem Organizacional

Por último, relacionado com a Aprendizagem Organizacional, dimensão constituída por quatro questões, obteve-se uma média de respostas positivas de 63,2%.

Observou-se que 69,7% dos inquiridos discordam/discordam fortemente que na UCCI se permita a repetição dos mesmos erros (69,7%), 53,9% concorda que é fácil fazer mudanças na UCCI, 63,2% considera que na UCCI estão a ser tomadas constantemente medidas para melhorar a segurança do cliente e, por fim, 65,8% concordam/concordam fortemente que quando essas medidas são implementadas, existe a verificação da sua eficácia.

No estudo de Wagner, Capezuti & Rice (2009) obteve-se um resultado ligeiramente superior para esta dimensão (77,8%), não se verificando o mesmo no estudo de Handler et al (2006), no qual a média de percentagens positivas foi de 54%.

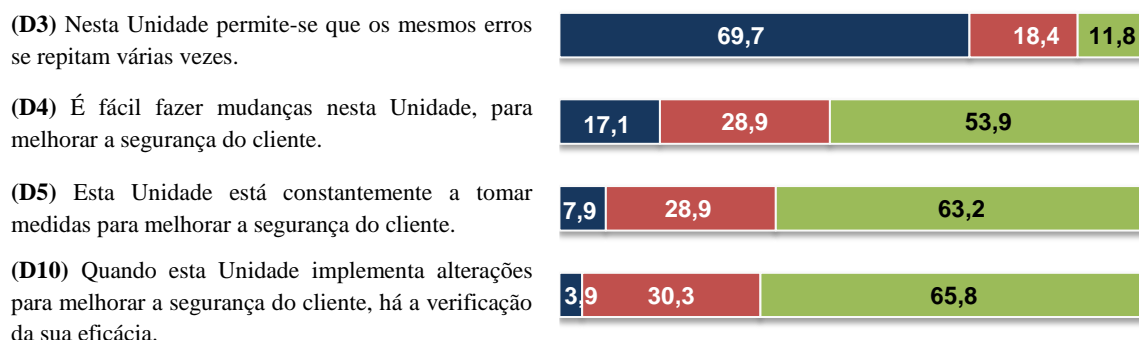
As organizações devem ser encaradas como um todo dinâmico, assumindo um papel relevante na qualidade das suas performances. Neste sentido, devem ser

consideradas duas vertentes: a eficiência organizacional e a segurança. Segundo Fragata et al (2006), para a organização obter qualidade na prestação de cuidados e atingir os objetivos, os profissionais são essenciais, sendo este facto frequentemente descorado.

O treino em equipa pressupõe uma atmosfera de aprendizagem, baseada numa boa comunicação, que vença as barreiras naturais que se opõem à discussão e ao diálogo, com amortecimento de diferenças. Pela aprendizagem, a equipa adquirirá a capacidade de mudar, inovar e evoluir (Fragata et al, 2006).

Quando se verifica a existência de um ambiente propício ao trabalho em equipa, à partilha de ideias e à notificação dos eventos adversos, a organização, na sua totalidade, consegue aprender eficazmente, evitando assim que os erros se repitam, através da implementação de medidas de correção e da avaliação da sua eficácia.

Gráfico 23 - Distribuição da amostra quanto à dimensão Aprendizagem Organizacional



■ Discordo/Discreto fortemente ■ Não concordo nem discreto ■ Concordo/Concordo fortemente

A AHRQ considera que as dimensões avaliadas com mais de 75% de respostas positivas constituem fortalezas na organização e que as dimensões com percentagem inferior a 50% de respostas positivas são oportunidades de melhoria emergentes.

Porém, as instituições vivem contextos e realidades diversificadas, pelo que, é fundamental que cada uma identifique, de fato, as dimensões cujos percentuais são mais elevados, considerando-as pontos fortes e os percentuais positivos mais baixos, encarando-os como oportunidades de melhoria.

A nível geral, as UCCI em estudo apresentam valores (tabela 4) que identificam pontos fortes nas dimensões “Trabalho em equipa”, “*Feedback* e comunicação sobre a existência de incidentes”, “Perceção geral da segurança do cliente” e “Expectativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do cliente”. Estes são considerados fortes indicadores de uma cultura de segurança.

Tabela 4 - Distribuição da amostra em relação às percentagens positivas por dimensão e comparação com estudo da AHRQ (2011)

Dimensões	Itens	Percentagens positivas (média)	Estudo AHRQ (2011)	Variação ▲
1 - Trabalho em Equipa	A1, A2, A5, A9	79,3%	64%	+15,3%
2 - Pessoal	A3, A8, A16, A17	54,3%	52%	+2,3%
3 - Conformidade com os procedimentos	A4, A6, A14	59,2%	64%	-4,8%
4 - Formação e capacitação da equipa	A7, A11, A13	63,6%	71%	-7,4%
5 - Resposta não punitiva ao erro	A10, A12, A15, A18	48,7%	51%	-2,3%
6 - Transmissão de informação nas passagens de turno	B1, B2, B3, B10	70,4%	61%	+9,4%
7 - <i>Feedback</i> e comunicação sobre a existência de incidentes	B4, B5, B6, B8	85,5%	84%	+1,5%
8 - Abertura para a comunicação	B7, B9, B11	65%	56%	+9%
9 - Expectativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do cliente	C1, C2, C3	92,1%	79%	+13,1%
10 - Perceção geral da segurança do cliente	D1, D6, D8	89%	86%	+3%
11 - Apoio da gestão para a segurança do cliente	D2, D7, D9	69,3%	79%	-9,7%
12 - Aprendizagem organizacional	D3, D4, D5, D10	63,2%	72%.	-8,8%

Por outro lado, identifica-se como prioridade emergente de melhoria a dimensão “Resposta não punitiva ao erro”, com uma média de percentagens positivas de 48,7%.

Com percentagens entre os 50% e os 75% destacam-se as dimensões “Pessoal”, “Conformidade com os procedimentos”, “Formação e capacitação da equipa”, “Transmissão de informação nas passagens de turno”, “Apoio da gestão para a segurança do cliente”, “Aprendizagem organizacional” e “Abertura para a comunicação”. Estas dimensões devem ser encaradas como oportunidades de melhoria, uma vez que apresentam percentuais positivos, ainda que baixos, pelo que podem ser alvo de investimento e melhoria.

Quando comparados os resultados obtidos neste estudo com estudos internacionais, neste caso com o estudo desenvolvido em 2011 pela AHRQ (tabela 4), verifica-se que em 7 dimensões as percentagens nacionais são superiores às internacionais. Nas restantes, existe uma variação média de -6,6%, o que indica que, em alguns aspetos da cultura de segurança, Portugal ainda tem um caminho a percorrer na melhoria da cultura de segurança do cliente, quando comparado com outros países, neste caso com os EUA, onde as questões da qualidade e da segurança são uma temática mais frequente e tida como fundamental no sistema de saúde. Destaca-se com uma variação mais negativa a dimensão “Apoio da gestão para a segurança do cliente” (-9,7%) e com uma variação positiva mais elevada a dimensão “Trabalho em Equipa” (15,3%).

4. CONCLUSÕES

A realização deste estudo foi francamente significativa, pois abordou uma problemática tão presente nos atuais contextos de trabalho, como a segurança do cliente e a cultura organizacional. Dado que a cultura vivenciada nos diversos ambientes da prática profissional influencia fortemente a qualidade dos cuidados de saúde, é de extrema importância que estes conceitos estejam também presentes quando o contexto de cuidados abordado é a RNCCI.

Quanto ao nível de segurança do cliente, percecionado pelos enfermeiros das UCCI e avaliado através do NHSPSC, verificou-se a existência de pontos fortes e oportunidades de melhoria com diferentes graus de prioridade. Assim, foram identificados pontos fortes nas dimensões “Trabalho em equipa”, “*Feedback* e comunicação sobre a existência de incidentes”, “Perceção geral da segurança do cliente” e “Expectativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do cliente”. Estes são considerados fortes indicadores de uma cultura de segurança e, por sua vez, de uma gestão e liderança atenta às questões da qualidade em saúde.

Em contrapartida, identificou-se como prioridade emergente de melhoria a dimensão “Resposta não punitiva ao erro”. Mediante estes resultados, verifica-se assim que ainda perpetua um ambiente punitivo, o que promove a subnotificação do erro e dificulta a aprendizagem organizacional. Esta estabelece uma barreira importante para o desenvolvimento de uma cultura de segurança forte, dado que desencoraja a comunicação, principalmente entre os enfermeiros da prestação de cuidados e os enfermeiros gestores, após a ocorrência do evento adverso.

Ainda que, a nível geral, a segurança do cliente seja percecionada como bastante satisfatória, afigura-se insuficiente, uma vez que não é conduzida a partir da identificação e análise do erro, devido à subnotificação ou não notificação deste. Isto ocorre frequentemente porque o profissional sente medo de ser avaliado como negligente ou de provocar um processo disciplinar ou jurídico. Segundo diversos autores, estas falhas e potenciais consequências têm sido tradicionalmente geridas, na área da saúde, com culpabilização e ostracismo, o que provoca por si só uma cultura de ocultação, ao invés de uma cultura promotora da comunicação e da aprendizagem coletiva.

Depreende-se, assim, a existência de um ambiente organizacional que não se coaduna com a filosofia de inovação e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem cada vez mais preconizada e exigida pelas UCCI. Os resultados obtidos sugerem assim algumas medidas a implementar para melhorar a cultura de segurança das UCCI em estudo, que através da aplicação do questionário, obtiveram um diagnóstico muito conciso do nível de segurança existente, do ambiente vivenciado e das áreas a melhorar ou a corrigir. Os enfermeiros gestores destas instituições têm assim a possibilidade de refletir e redirecionar eficazmente os seus esforços, consciencializando-se que desempenham um papel fulcral na determinação do ambiente da prática profissional.

Salienta-se também que as intervenções do enfermeiro gestor não deverão ser só ao nível das áreas consideradas como fraquezas, mas também nas 7 dimensões avaliadas com percentagens entre os 50% e os 75%, que não sendo encaradas como prioridades emergentes, carecem de melhoria a vários níveis.

Os enfermeiros gestores das UCCI devem ser detentores de certas competências e características que lhes facilitarão a implementação e o desenvolvimento de uma cultura de segurança, como, por exemplo, a capacidade de interação, uma vez que é necessário interagir eficazmente com todos os membros da organização, tornando o seu ponto de vista claramente identificável e perceptível, independentemente das circunstâncias.

Concomitantemente, as suas capacidades relacionais, ao nível da comunicação, deverão ser potenciadas, principalmente, ao nível da capacidade oral e de escuta. A negociação e objetividade permitirão a este profissional centrar-se nos seus objetivos, de forma a conseguir aplicar os procedimentos estabelecidos e a resolver problemas. A objetividade facilita a sua intervenção perante situações de grande *stress*, emotividade e dificuldade.

A questão da confidencialidade remete para os aspetos relacionados com a ética profissional, o que evidencia uma excelente conduta profissional e facilita fortemente a notificação dos erros pelos elementos da sua equipa, que se sentem mais seguros, uma vez que sabem de antemão que não serão expostos, mas sim a situação em concreto que provocou o erro.

Neste sentido, os líderes das UCCI devem procurar olhar para além do indivíduo e procurar as verdadeiras causas que desencadearam a ocorrência do erro para que seja possível uma verdadeira aprendizagem. Como tal, a organização deve abandonar a filosofia de exigir um desempenho perfeito do profissional, livre de erros e concentrar-se, em vez disso, na conceção de um sistema seguro e transparente. Este caminho deverá ser percorrido através de uma comunicação aberta entre a maior parte dos elementos da equipa, com foco na opinião positiva e na partilha de opiniões e sugestões com os superiores hierárquicos.

É possível concluir que a segurança é o elemento que, quando ausente, afeta todas as áreas e indicadores de estrutura, processo e resultado, podendo refletir-se no prolongamento de internamentos e aumento de custos. A prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e segurança têm implícita uma despesa para o sistema de saúde, contudo os custos diretos e indiretos resultantes dos danos e das consequências das falhas de segurança envolvem custos sociais e económicos muito mais elevados.

Neste sentido, considera-se pertinente desenvolver estudos de investigação que avaliem não só a cultura atual mas também a cultura desejada e se esta é congruente com os modelos de gestão e estudos que se focalizem em variáveis de eficiência microeconómica, de modo a gerar melhores cuidados, com menor custo.

Este estudo apresenta diversas implicações para a prática, não só a nível da gestão estratégica das UCCI, mas também, e de um modo particular a nível da gestão em enfermagem, uma vez que os resultados obtidos resultam de uma amostra constituída por enfermeiros. Dado a população-alvo ser constituído por 86 enfermeiros de 10 UCCI localizadas em diversas regiões do país, permite, de alguma forma, generalizar os resultados a nível nacional, representando este estudo uma mais-valia no que diz respeito ao desenvolvimento da investigação nesta temática em Portugal. No entanto, mediante o universo de UCCI existentes, importa dar continuidade a este estudo, de forma a obter uma amostra mais representativa da cultura predominante ao nível da RNCCI.

Posteriormente, é crucial que os resultados oriundos destes estudos sejam transmitidos às equipas coordenadoras regionais da RNCCI, de forma a que seja um assunto mais comumente abordado em mesas políticas e sociais e que daí advenham medidas a nível governamental com vista ao cumprimento da legislação vigente. Deste

modo, conseguir-se-ão cuidados de saúde efetivos e eficazes com ganhos qualitativos, mas também ganhos económicos a longo prazo. Desta forma, os gestores locais das UCCI sentir-se-ão também mais apoiados nas dificuldades que presenciam diariamente, visto que as lacunas identificadas através do NHSPSC foram divulgadas a quem efetivamente tem capacidade de implementar medidas a nível regional ou nacional.

Em jeito de conclusão, é imprescindível desenvolver estratégias no sentido de melhorar os cuidados de saúde ao nível da RNCCI, sabendo-se de antemão que estas medidas dependem da participação ativa das diversas equipas intervenientes. A segurança do cliente é atingida através do desenvolvimento de uma comunicação eficaz, de estruturas e processos melhorados e de uma liderança e governação compartilhada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agency for Healthcare Research and Quality (2008). *Preliminary Comparative Results: Nursing Home Patient Safety Culture*. Disponível em:

<http://www.ahrq.gov/qual/nhsurvey08/nhprelim08.htm>

Agency for Healthcare Research and Quality (2011). *Nursing Home on Patient Safety Culture: 2011 User Comparative Database Report*. Disponível em:

<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/nursing-home/2011/nhsurv111.pdf>

Agency for Healthcare Research and Quality (2014). *Nursing Home on Patient Safety Culture: 2014 User Comparative Database Report*. Disponível em:

<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/nursing-home/2014/nhsurv14-ptl.pdf>

Aguiar, A., Costa, R. & Weirich, C. (2005). Gerência dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 7 (3), 319-327. Disponível em:

http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/original_09.htm

Aiken, L., Cimiottin, J., Sloane, D., Smith, H., Flynn, L. & Neff, D. (2011). The Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments. *Medical Care*. 49(12), 1047–1053. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3217062/pdf/nihms325665.pdf>

Amaral, A. (2010). A efectividade dos cuidados de enfermagem: modelos de análise. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 96-105.

Amaral, A. & Ferreira, P. (2013). Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 66-74.

Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (s.d.). Referencial de Competências para Enfermeiros da Área da Gestão. Disponível em: <http://apegel.org/pages.aspx?pg=pagina14>

- Boev, C. (2012). The Relationship Between Nurses' Perception of Work Environment and Patient Satisfaction in Adult Critical Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(4), 368–375. DOI:10.1111/j.1547-5069.2012.01466.x
- Campos, L., Saturno, P. & Carneiro, A. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – A qualidade dos cuidados e dos serviços*. Alto Comissariado da Saúde.
- Carneiro, A. (2010). O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a Segurança dos Doentes: uma análise baseada na evidência científica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 3-10.
- Carthey, J. & Clarke, J. (2010). *Implementing human factors in healthcare – how to guide*. Patient safety first.
- Castle, N. (2006). Nurse Aides' ratings of the resident safety culture in nursing homes. *International Journal for Quality in Health Care*. 15(5), 370-376.
- Castle, N. & Sonon, K. (2006). A culture of patient safety in nursing homes. *Quality and Safety Health Care*. 15 (6), 405-408.
- Chaboyer, W., McMurray, A., & Wallis, M. (2010). Bedside nursing handover: A case study. *International Journal of Nursing Practice*. 16, 27-34.
- Coelho, S. & Mendes, I. (2011). Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. *Escola Anna Nery*, 15 (4). 845-850.
- Conklin, A., Vilamovska, A., Vries, H. & Hatziaandreu, E. (2008). *Improving Patient Safety in the EU - Assessing the expected effects of three policy areas for future action*. Rand Europe: Technical Reports.
- Costa, I. (2013). *Adaptação e validação para português do questionário Nursing Home Survey on Patient Safety Culture*. (Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde). Universidade de Coimbra, Coimbra. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/23250>
- Decreto-Lei n.º 101/2006. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República I Série - A. N.º 109 (06-07-2006). 3856-3865.
- Decreto-Lei nº136/2015. Cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos. Diário da República I Série. N.º 145 (28-07-2015). 5081-5091.

- Despacho n.º1400-A/2015 (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República 2ª Série, N.º28 (10-02-2015) 3882-(2) - 3882-(10).
- Direção-Geral da Saúde (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do doente*. Relatório Técnico, Ministério da Saúde, Lisboa.
- Doran, D., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (1), 29-39. DOI:10.1046/j.1365-2648.2002.02143.x
- Doran, D. (2003). *Nursing-Sensitive Outcomes: State of the Science*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Doran, D., Harrison, M., Laschinger, H., Hirdes, J., Rukholm, E., Sidani, S., ... Cranley, L. (2006). Relationship Between Nursing Interventions and Outcome Achievement in Acute Care Settings. *Research in Nursing Health*, 29, 61-70.
- ECRI Institute (2009) - *Healthcare Risk Control: Culture of Safety*. Risk and Quality Management Strategies 21, Supplement A.
- Fachada, O. (2014) – *Liderança – A Prática da Liderança*. A Liderança na Prática. Lisboa: Edições Sílabo.
- Fawcett, J. (2009). Using the Roy Adaptation Model to guide research and/or Practice: construction of conceptual-theoretical-empirical systems of knowledge. *Aquichan*, 9 (3). 297-306.
- Fleming, M. (2005). Patient safety culture measurement and improvement: a “how to” guide. *Healthcare Quarterly*, 8, 14-19.
- Fortin, M. (2009) – *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Loures: Lusodidata.
- Fragata, J., Barros, P., Santos, S., Ferreira, S., Bilbao, M., Fragata, I. & França, M. (2006) – *Risco clínico – Complexidade e Performance*, Coimbra: Edições Almedina.
- Fragata, J. (2010). A segurança do doente - Indicador de Qualidade em Saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, 564-570.
- Fragata, J. (2011) - *Segurança dos Doentes - Uma Abordagem Prática*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.

- Gama, Z. & Saturno, P. (2013). A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde - Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática* (pp.29-40). Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consultado a 2 de Dezembro de 2013. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>
- Generalitat de Catalunya (2010). *The health care system in Catalonia: evolution and strategic orientation from the perspective of the Catalan Health Service*. Catalunya: CatSalut.
- Generalitat de Catalunya (2014). *The Catalan Health Care System in a Process of Change - Review of the 2011-2015 Health Plan for Catalonia at the Halfway Point*. Barcelona: Ministry of Health.
- Gomes, A. (2009). RNCCI – Contributos para um modelo integrado. *Pretextos. Revista do Instituto da Segurança Social*. 33, 7-8.
- Hesbeen, W. (2000) - *Cuidar no hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Handler, S., Castle, N., Studenski, S., Perera, S., Fridsma, D., Nace, D. & Hanlon, J. (2006). Patient safety culture assessment in the nursing home. *Quality and Safety in Health Care*, 15, 400–404. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464903/pdf/400.pdf>
- Hemman, E. (2002). Creating healthcare cultures of patient safety. *The Journal of Nursing Administration*, 32 (7-8), 419-427.
- Hinno, S., Partanen, P., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2011). Hospital nurses' work environment, quality of care provided and career plans. *International Nursing Review*, 58, 255–262. DOI:10.1111/j.1466-7657.2010.00851.x
- Huber, D. L. (2006) - *Leadership and nursing care management* (4ª ed.). Filadélfia: Saunders Elsevier. ISBN: 978-1-4160-5984-4
- Hughes, C. & Lapane, K. (2006). Nurses' and nursing assistants' perceptions of patient safety culture in nursing homes. *International Journal for Quality in Health Care*. 18 (4), 281-286.

International Council of Nurses (2000). *Management of nursing and health care services – Position Statement*. Disponível em:

http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A08_Management_Nsg_Health_Care_Services.pdf

Institute of Medicine (2000). *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press; 2000. Disponível em:

http://neurosurgery.ucsf.edu/tl_files/NS_Main/QI/IOM_To%20Err%20is%20Human.pdf

Institute of Medicine (2004). *Keeping Patients Safe: Transforming the work environment of nurses*.

Lake, E. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, 25, 176–188.

Laraia, R. (1997) - *Cultura: um conceito antropológico*. 11ª Edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lopes, L. & Santos, S. (2010). Florence Nightingale – Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. *Revista de Enfermagem Referência*, III (2). 181-189.

Margarido, J. (2013). *As mudanças organizacionais na saúde*. In P. Parreira, R. Melo, A. Castilho, R. Vieira & A. Amaral (Coord. Científica). *Processos de Mudança em Organizações de Saúde* (pp. 25-34). Coimbra: Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

McHugh, M. & Stimpfel, A. (2012). Nurse reported quality of care: A measure of hospital quality. *Research in Nursing & Health*, 35 (6), 566–575. DOI:10.1002/nur.21503, disponível em:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.21503/pdf>

McSherry, R., Pearce, P., Grimwood, K. & McSherry, W. (2012). The pivotal role of nurse managers, leaders and educators in enabling excellence in nursing care. *Journal of Nursing Management*, 20 (1), 7-19. DOI:10.1111/j.1365-2834.2011.01349.x

- Micaelo, F., Costa, I., Valente, J. & Antunes, N. (2013). Florence Nightingale – Vida e obra da fundadora da Enfermagem Moderna. *Revista de Saúde Amato Lusitano*. 33. 10-15.
- Nieva,, V. & Sorra, J. (2003). Safety Culture Assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety Health Care*. 12, 17-23.
- Newstrom, J. (2008) - *Comportamento Organizacional: o comportamento humano no trabalho*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Nightingale, F. (2005) - *Notas Sobre Enfermagem: o que é e o que não é*. Loures: Lusociência.
- Nogueira, J. (2009). *Cuidados Continuados Desafios*. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/cuidados_continuados_desafios_2012.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Lisboa: Divulgar.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: referencial do enfermeiro*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento do Perfil de Competencias do Enfermeiro Gestor.pdf>
- Ribeiro, J. (2010) – *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. 2ªed. Lisboa: Placebo Editora.
- Parreira, P. (2005) - *Organizações*. Coimbra: Formasau.
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista de Saúde Pública*. 10, 27-39.
- Portaria nº 174/2014 de 10 de setembro (2014). Define o funcionamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República 1.ª série, N.º 174 (10 de setembro de 2014). 4865- 4882.

- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2009). *Política e Estratégia da qualidade*. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Pol%C3%ADtica%20e%20Estrat%C3%A9gia%20da%20Qualidade%20-%20Mar%C3%A7o%202009.pdf>
- Roy, C. & Andrews, H. (2001) - *Teoria da Enfermagem: O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Sammer, C., Lykens, K., Singh, K., Mains, D. & Lackan, N. (2010). What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship*. 42 (2), 156–165.
- Santos, M., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T. & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 17-26.
- Santos, S., Silvério, A., Silva, B., Benito, P. & Lucas, P. (2012). Nurse Care Intervention and Clinical Risk Management in integrated Continuous Care Units: A Theoretical and Conceptual Reflecting. *Journal of Aging & Innovation*. 1 (2) 4-19.
- Schmalenberg, C., & Kramer, M. (2008). Essentials of a productive nurse work environment. *Nursing Research*, 57(1), 2-13.
- Scott-Cawiezell, J., Vogelsmeier, A., McKenney, C., Rantz, M., Hicks, L. & Zellmer, D. (2006). Moving from a culture of blame to a culture of safety in the nursing home setting. *Nursing Forum*. 41 (3), 133-40.
- Simões, A. & Fávero, N. (2003). O desafio da liderança para o enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (5), 567-573. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n5/v11n5a02.pdf>
- Singer, S.; Gaba, D.; Geppert, J.; Sinaiko, A.; Howard, S. & Park, K. (2003). The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Quality and Safety Health Care*. 12 (2), 112-118.
- Singer, S., Kitch, B., Rao, S., Bonner, A., Gaudet, J., Bates, D., Field, T., Gurwitz, J., Keohane, C. & Campbell, E. (2012). An exploration of safety climate in nursing homes. *Journal of Patient Safety*. 8 (3), 104-124.

- Smits, M., Wagner, C., Christiaans-Dingelhoff, I., Wal, G. & Groenewegen, P. (2008). The psychometric properties on the “Hospital Survey on Patient Safety Culture” in Dutch hospitals. *BMC Health Service Research*, 8 (230). 1-9.
DOI:10.1186/1472-6963-8-230, Disponível em:
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-8-230.pdf>
- Sorra, J. & Nieva, V. (2004). Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication No. 04-0041. Disponível em:
<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patientsafety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>
- Sousa, P. (2006). Patient Safety – A necessidade de uma estratégia nacional. *Acta médica portuguesa*. 19 (5), 309-318.
- Sousa, P., Uva, A. & Serranheira, F. (2010). Investigação e inovação em Segurança do Doente. *Revista Nacional de Saúde Pública*. 10, 89-95. Disponível em:
<https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/10-Investigacao%20e%20inovacao%20em%20seguranca%20do%20doente.pdf>
- Sousa, P., Uva, A.; Serranheira, F.; Leite, E. & Nunes, C. (2011). Segurança do Doente: eventos adversos em Hospitais Portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade. *Escola Nacional de Saúde Pública*.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011) - *Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população* (7^a ed.). Loures: Lusodidacta.
- Swanson, J. & Tidwell, C. (2011). Improving the culture of Patient Safety Trough the Magnet. *The online Journal of Issues in Nursing*, 16 (3).1.
DOI: 10.3912/OJIN.Vol16No03Man01. Disponível em:
<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No3-Sept-2011/Culture-of-Patient-Safety-and-Magnet-Journey.html>
- Teixeira, S. (2005) – *Gestão das organizações* (2^aed.). Lisboa: McGraw-Hill. ISBN 8448146174

The Joint Commission (2015). National Patient Safety Goals - Long Term Care Accreditation Program Medicare/Medicaid Certification-based Option. 1-7. Disponível em:

http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2015_NPSG_LT2.pdf

Tomey, A. & Alligood, M. (2004) – Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. Loures: Lusociência.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2010*. Disponível em:

http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Relatorio%20_%20desenvolvimento_actividade_RNCCI_1.semestre2010.pdf

Wagner, L., Capezuti, E. & Rice, J. (2009). Nurses' Perceptions of Safety Culture in Long-Term Care Settings. *Journal of Nursing Scholarship*. 41 (2), 184–192.

Weick, K. & Sutcliffe, K. (2007) - *Managing the Unexpected, Resilient Performance in an Age of Uncertainty*, Jossey-Bass.

Whitehead, D., Weiss, S. & Tappen, R. (2010) – *Essentials of Nursing Leadership and Management* (5ªed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.

World Health Organization (2007). *Global patient safety research priorities with the support of an international expert working group*. A World Alliance for Safer Health Care. Acedido a 23-04-2015. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/research/priorities/global_priorities_patient_safety_research.pdf

World Health Organization (2008). *World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2009). *Human Factors in Patient Safety Review of Topics and Tools. Report for Methods and Measures Working Group of WHO Patient Safety*. A World Alliance for Safer Health Care. Acedido a 23-05-2014. Disponível em:

http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf

ANEXOS

Anexo I

Instrumento de colheita de dados

Susana Marisa Lourenço dos Santos

e-mail: susanamls@hotmail.com

Aos Enfermeiros da Unidade de Cuidados Continuados Integrados

No âmbito do projecto de investigação académica "AMBIENTE ORGANIZACIONAL NA SAÚDE: QUALIDADE E GESTÃO DE CUIDADOS" coordenado pela Sra. Profª. Doutora Maria Filomena Mendes Gaspar, desenvolvido no âmbito da UI&DE - Unidade de Investigação e Desenvolvimento de Enfermagem - da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e pela realização do Curso de Mestrado em Enfermagem – Gestão em Enfermagem, venho respeitosamente, convidá-lo a participar no estudo subordinado ao tema "**A Cultura de Segurança do Cliente nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados**".

A Cultura de Segurança é uma preocupação crescente na saúde e nos Cuidados Continuados Integrados em Portugal, tal como se verifica a nível internacional. Este conceito assume-se como uma prioridade máxima da segurança do cliente e, como consequente, um constructo incontornável da qualidade dos cuidados de saúde.

Este questionário desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality*, entende-se por "**segurança do cliente**" tudo o que respeita à prevenção de lesões, incidentes e danos aos residentes das Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). O objectivo geral do estudo é avaliar a cultura de segurança do cliente, percepcionada pelos enfermeiros das UCCI.

A participação neste estudo permitirá um conhecimento mais profundo sobre a cultura de segurança dos clientes nas UCCI. Como tal, a sua realização depende da sua colaboração, pelo que solicito a resposta a todas as questões, tendo em atenção as instruções de preenchimento. As suas respostas são confidenciais e anónimas, sendo desnecessária qualquer identificação.

Desde já, agradeço a sua colaboração e o tempo disponibilizado para o preenchimento do questionário em anexo. Os resultados do estudo serão postos à disposição a pedido dos interessados.

Lisboa, Outubro de 2014

Questionário sobre a Segurança do Utente em Unidades de Cuidados Continuados Integrados

Este questionário pretende conhecer a sua opinião sobre o tema “Segurança do Utente” nesta Unidade.

Levará cerca de 15 minutos a responder. Para responder, coloque uma X ou um √ no quadrado.

Se uma questão não se aplica à sua função ou se não souber a resposta, por favor assinale no quadrado da última coluna. Se optar por não responder à questão, pode deixar em branco.

SECÇÃO A: Trabalhar nesta Unidade de Cuidados Continuados

	Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Fortemente	Não sabe/Não se aplica
Qual o seu grau de concordância ou discordância com as seguintes afirmações?	1	2	3	4	5	9
1. Nesta Unidade os profissionais relacionam-se com respeito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nesta Unidade os profissionais apoiam-se mutuamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nesta Unidade existem profissionais suficientes para assegurar a quantidade de trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Os profissionais cumprem as normas e os procedimentos na prestação de cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Os profissionais sentem que fazem parte de uma equipa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Os profissionais recorrem a “atalhos” que permitem executar o seu trabalho mais rapidamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os profissionais recebem a formação que necessitam para trabalhar nesta Unidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Os profissionais têm de realizar as tarefas rapidamente porque têm muito trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Quando um profissional tem sobrecarga de trabalho, recebe ajuda de outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Os profissionais são culpabilizados quando algum residente sofre um dano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Os profissionais têm formação suficiente para lidar com residentes difíceis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Os profissionais têm medo de notificar os seus erros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Os profissionais compreendem a formação que recebem nesta Unidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	9

14. Para facilitar o trabalho, os profissionais muitas vezes ignoram os procedimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	9
15. Os profissionais são tratados de forma justa quando cometem erros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	9
16. As necessidades do residente são conhecidas durante as mudanças de turno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	9
17. É difícil manter a segurança do residente porque muitos dos profissionais pretendem deixar este emprego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	9
18. Os profissionais sentem-se seguros ao notificar os seus erros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECÇÃO B: Comunicação

	Nunca	Raramente	Às vezes	Maioria das Veze	Sempre	Não sabe/Não se aplica
Com que frequência as seguintes situações acontecem nesta Unidade?						
	1	2	3	4	5	9
1. Os profissionais recebem a informação necessária antes de cuidar de um residente pela primeira vez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	9
2. Os profissionais são informados, imediatamente, quando há alguma alteração no plano de cuidados do residente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	9
3. Quando o utente vem transferido de um hospital, recebemos todas as informações necessárias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	9
4. Quando os profissionais notificam algo que possa causar dano a um residente, alguém se encarrega do problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	9
5. Nesta Unidade, falamos sobre a forma de evitar que os incidentes se repitam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	9
6. Os profissionais comunicam a alguém se detetam algo que possa causar dano ao residente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	9
7. As ideias e sugestões dadas pelos profissionais são valorizadas nesta Unidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	9
8. Nesta Unidade, discutimos formas de manter o residente livre de danos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	9
9. Nesta Unidade, as opiniões dos profissionais são ignoradas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	9
10. Aos profissionais é dada toda a informação necessária para cuidar do residente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	9
11. Os profissionais têm facilidade em falar sobre os problemas nesta Unidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECÇÃO C: O Superior Hierárquico

	Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Fortemente	Não sabe/Não se aplica
Qual o seu grau de concordância ou discordância com as seguintes afirmações?						
1. O meu superior hierárquico ouve ideias e sugestões dos profissionais sobre a segurança do residente.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2. O meu superior hierárquico elogia os profissionais que seguem os procedimentos corretos.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
3. Nesta Unidade, o meu superior hierárquico presta atenção aos problemas de segurança do residente.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

SECÇÃO D: A sua Unidade

	Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Fortemente	Não sabe/Não se aplica
Qual o seu grau de concordância ou discordância com as seguintes afirmações?						
1. Nesta Unidade, os residentes são bem cuidados.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2. Os gestores questionam os profissionais sobre formas de como a Unidade pode melhorar a segurança do residente.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
3. Nesta Unidade, permite-se que os mesmos erros se repitam várias vezes.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
4. Nesta Unidade é fácil fazer mudanças para melhorar a segurança do residente.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
5. Esta Unidade está continuamente a tomar medidas para melhorar a segurança do residente.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
6. Esta Unidade realiza um bom trabalho para manter a segurança do residente.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
7. Os gestores ouvem ideias e sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do residente.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
8. Esta Unidade é um lugar seguro para o residente.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
9. Os gestores visitam frequentemente a Unidade para verificarem o modo como o residente é cuidado.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10. Quando esta unidade implementa alterações para melhorar a segurança do residente, há a verificação da sua eficácia.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

SECÇÃO E : Avaliação global

1. Eu diria aos meus amigos que esta Unidade é segura para os seus familiares.

- ☐ a) Sim
☐ b) Talvez
☐ c) Não

2. Por favor, atribua a esta Unidade uma avaliação global quanto à segurança do residente.

Fraca	Razoável	Boa	Muito Boa	Excelente
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

SECÇÃO F: Informação Geral

1. Categoria Profissional:

Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	Enfermeiro Chefe	<input type="checkbox"/>
Enfermeiro Graduado.....	<input type="checkbox"/>	Enfermeiro Supervisor	<input type="checkbox"/>
Enfermeiro Especialista	<input type="checkbox"/>	Enfermeiro Diretor	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>	Diretor Técnico.....	<input type="checkbox"/>
Qual?			

2. Tempo de actividade profissional:

3. Tempo de actividade profissional em Cuidados Continuados:

4. Tipologia de internamento onde presta serviço:

U. Curta Duração/Convalescença.....	<input type="checkbox"/>
U. Média Duração e Reabilitação.....	<input type="checkbox"/>
U. Longa Duração e Manutenção.....	<input type="checkbox"/>
U. C. Paliativos.....	<input type="checkbox"/>

5. Há quanto tempo trabalha nesta Unidade?

☐ a) Menos de 2 meses

☐ d) 3 a 5 anos

☐ b) 2 a 11 meses

☐ e) 6 a 10 anos

☐ c) 1 a 2 anos

6. Quantas horas, normalmente, trabalha por semana nesta Unidade?

☐ a) 15 ou menos horas por semana

☐ b) 16 a 24 horas por semana

☐ c) 25 a 40 horas por semana

☐ d) mais de 40 horas semanais

7. Quando trabalha mais frequentemente? Assinale uma resposta.

☐ a) Dia

☐ b) Tarde

☐ c) Noite

8. Ao trabalhar para esta Unidade é pago por uma empresa externa de recrutamento?

☐ a) Sim

☐ b) Não

9. Nesta Unidade, trabalha a maior parte do tempo diretamente com o residente? Assinale uma resposta.

☐ a) Sim, trabalho diretamente com o residente a maior parte do tempo

☐ b) Não, não trabalho diretamente com o residente a maior parte do tempo.

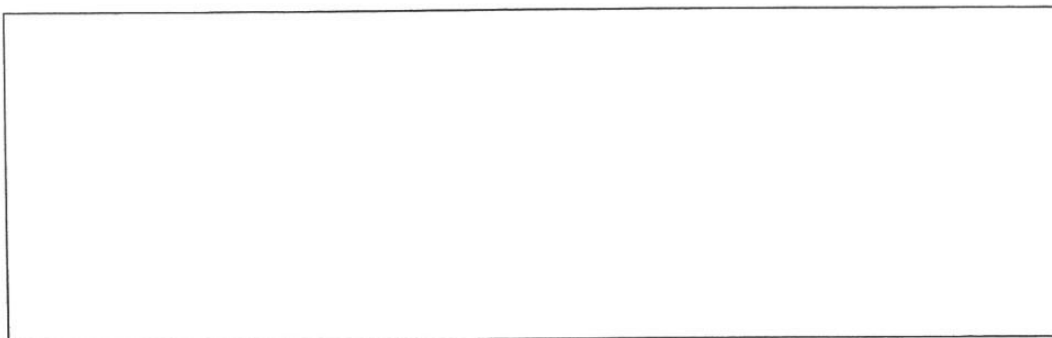
10. Sexo

☐ a) Feminino

☐ b) Masculino

11. Idade: _____ anos

SECÇÃO G : Comentários



OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

APÊNDICES

Apêndice I

*Exemplo de pedido de autorização para aplicação dos
questionários na UCCI*

De: Secretariado da Presidência

Enviada: segunda-feira, 24 de Novembro de 2014 10:56

Para: santacasabombarral@scmbombarral.pt

Cc: Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionários na Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Exmo. Senhor

Provedor Luís Camilo Duarte

Santa Casa da Misericórdia do Bombarral

No âmbito do projeto de investigação académica “*AMBIENTE ORGANIZACIONAL NA SAÚDE: QUALIDADE E GESTÃO DE CUIDADOS*” da qual sou coordenadora, desenvolvido no âmbito da UI&DE - Unidade de Investigação e Desenvolvimento de Enfermagem - da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vimos solicitar autorização para aplicar dois questionários aos profissionais de saúde da V. Unidade de Cuidados Continuados Integrados.

Trata-se de dois estudos exploratórios, de carácter nacional a aplicar em várias UCCI de Norte a Sul do país.

Um dos estudos sob o título “Ambiente Organizacional” pretende estudar os atributos organizacionais que caracterizam o ambiente da prática profissional de enfermagem – impacto nos enfermeiros, na qualidade dos cuidados e nos resultados em saúde. Estamos a validar um questionário para o contexto cultural português aplicado aos enfermeiros dos Cuidados Continuados Integrados.

O outro estudo sob o tema “A Cultura de Segurança do Cliente nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados” pretende estudar a cultura de segurança dos clientes nas UCCI e é aplicado a todos os profissionais que trabalham em Cuidados Continuados Integrados.

Pedimos a Vossa colaboração no sentido da autorização da aplicação dos questionários junto dos V. colaboradores e que nos informem o nome e o contacto da pessoa de contacto para o qual possamos fazer a ligação para a operacionalização da aplicação dos questionários.

Junto enviamos os 2 questionários para V. conhecimento bem como o contacto do professor responsável, para qualquer esclarecimento que entenda necessário, que é o Prof. Doutor Pedro Lucas TM 96 141 77 78, email: prlucas@esel.pt

Agradecemos desde já a atenção e tempo disponibilizado.

Patricia Marques

Assistente Técnico

Secretariado da Presidência

Serviços Centrais - Pólo Maria Fernanda Resende

Avª do Brasil, 53-B 1700-063 LISBOA – PORTUGAL

Tel.: (351) 21 792 41 00 Fax: (351) 21 792 41 97

E-mail: secretariadocd@esel.pt



Antes de imprimir este email pense bem se tem mesmo de o fazer.

Apêndice II

*Exemplo de resposta de autorização para aplicação dos
questionários na UCCI*

From: dora.almeida@scmbombarral.pt

To: susanamls@hotmail.com

Subject: RE: Pedido de autorização para aplicação de questionários na Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Date: Thu, 19 Mar 2015 15:37:36 +0000

Boa tarde.

Quando quiser pode avançar com o envio dos questionários.

Os melhores cumprimentos,

Santa Casa da Misericórdia de Bombarral

Dora Ferreira

Enfermeira Chefe

Telefone: 262 600 200 Fax: 262 600 201

dora.almeida@scmbombarral.pt

santacasabombarral@scmbombarral.pt